

LOS EPULIS: MORFOLOGIA Y PRONOSTICO

por el

DR. UBALDO GASTAMINZA

*Jefe del Servicio de Anatomía Patológica del
Hospital de San Antonio Abad y del Instituto
Radio-Quirúrgico de Guipúzcoa*

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es sabido que, desde tiempo atrás, los *épulis* se han descrito en todos los tratados de Patología quirúrgica como tumoraciones o proliferaciones nacidas en la encía, cualesquiera que fueran su tamaño, localización, coloración y demás circunstancias, calificándose después su naturaleza según el resultado del examen histológico llevado a cabo.

Como se comprende, el *épulis*, así concebido, es un verdadero cajón de sastre, un sustantivo que parece que dice algo y no dice nada, ya que las derivaciones de su esencia histológica pueden hacer variar radicalmente su significación pronóstica.

Por esto, los histopatólogos han querido definir más concretamente la naturaleza intrínseca del *épulis*, reseñando algunas de sus características que le hagan distinguir de todo proceso de crecimiento genéricamente considerado.

Y en esto es donde difieren los autores:

Aschoff: Para Aschoff, los *épulis* son *granulomas blastoides* que se desarrollan en la encía, y cuya formación es necesario relacionar con la pared del alvéolo dentario, representando el contingente principal de los llamados *épulis de células gigantes*.

Describe más adelante las características anatómo-patológicas de tales tumores sesiles o pediculados, que crecen inmediatamente aplicados a un diente, y termina sus consideraciones generales proponiendo que a los *épulis* se les denomine "*granulomas de células gigantes*".

Por lo tanto, la esencia de los *épulis* es, para Aschoff, de naturaleza granulomatosa, relacionada con la intensa neoformación vascular

y reacciones polimorfas celulares, cual acontece en esta clase de procesos proliferativos.

Costero: Siguiendo el estudio morfológico y ordenado de los tumores, al llegar al sarcoma y describir el *sarcoma de células gigantes* como neoplasias malignas formadas por una masa fundamental de elementos alargados y semejantes a los del fibrosarcoma o del sarcoma fuso-celular, entre los cuales hay grandes células polinucleadas, se ve, en principio, obligado a incluir entre los *sarcomas de células gigantes* los *épulis*, en razón de la pura morfología, ya que la estructura de éstos, cuando se echa una mirada al microscopio, induce forzosamente a considerarlos como genuinos sarcomas de células gigantes; pero en un apartado dice que no cree conveniente considerar como tales sarcomas a los tumores originados en las vainas tendinosas ni a los *épulis* de mieloplaxias.

Más adelante manifiesta que los *épulis* de mieloplaxias son *procesos inflamatorios crónicos* y da las razones para separarlos de los genuinos crecimientos de naturaleza sarcomatosa.

Esto quiere decir, sin que admitamos la desarmonía entre lo morfológico y la significación clínica, que la interpretación de las estructuras de esta clase de tumores originan en ocasiones serias dificultades, sobre todo cuando, por ejemplo, las variaciones de forma que experimentan los vasos en sus proliferaciones de diversos tipos hacen pensar en la existencia de angiosarcomas, cuyo pronóstico difiere notablemente del ordinario de los *épulis*.

LOS "ÉPULIS" SARCOMATOSOS

Los sarcomas verdaderos de las partes blandas de las encías son, ciertamente, de una gran rareza, a menos que hayan quedado desconocidos.

Mlle. Odette Noepel no pudo recoger más que un solo caso en sus investigaciones bibliográficas, pacientemente estudiadas.

Se trataba de una joven de veintiún años, con un *épulis* que recidivó tres veces, y hubo necesidad de practicar la resección del maxilar superior. La operación quedó sin nueva recidiva.

Se cita otro caso, de Weichert, de otro *épulis* clínicamente puro, que luego dió una metástasis cerebral.

Luis Gery (Strasburgo) tiene, por su parte (1938), la evidencia de haber estudiado otros cuatro casos más de sarcomas de la encía y no del hueso vecino. Sus observaciones se reducen a:

- 1.° Sarcoma histiocitario de pequeñas células.
- 2.° Sarcoma histiocitario polimorfo.
- 3.° Sarcoma histiocitario gigante celular polimorfo.
- 4.° Sarco-endotelioma histiocitario gigante-celular y fibroblástico.

Termina su trabajo manifestando que las cuatro formas, histológicamente diferentes por una serie de gradaciones, forman un todo suficiente para dar una idea de conjunto.

Para Gery, se trata de tipos sarcomatosos de selección, es decir, de exageración, por así decirlo, en forma caricaturesca de los distintos elementos que integran el sarcoma, lo cual es frecuente en las neoplasias malignas, en las que cada uno de los casos representa las posibilidades evolutivas de los elementos derivados del retículo.

La conclusión tajante, para este autor, es de que los *sarcomas de la encía confirman el origen reticular de los épulis mesenquimatosos benignos*.

Como puede apreciarse por esta afirmación, vemos otra nueva opinión acerca del origen de los *épulis corrientes derivados del retículo*, y no forzosamente de origen dentario o alveolar de naturaleza perióstica, como aseveran gran número de observadores.

NUESTRO CASO

Tales inquietudes nos han forzado a presentar el caso actual, tratándose de un enfermo tratado por un odontólogo, quien quedó alarmado del crecimiento de una tumoración de la encía, que alcanzó el tamaño de un guisante pequeño en el transcurso de un mes.

Véanse los caracteres histológicos de este tumor:

A primera impresión parece un *épulis* de células gigantes.

El epitelio se mantiene intacto; en el centro de la tumoración hay abundantes células *mielopláxicas*, más o menos regularmente esparcidas, llegando en algunas zonas hasta la misma barrera basal del epitelio malpighiano.

En la masa central, los vasos adquieren calibres diferentes, y de ordinario son adultos.

Pero lo que caracteriza a esta neoformación es la proliferación, formando redes y capas más espesas en el dermis, que unen a la masa central mielopláxica con el epitelio exterior, formadas por pequeñas y medianas células, de tamaño algo mayor que el linfocito, de núcleo grande, que ocupa casi todo el citoplasma, con variaciones cromáticas, en general muy basófilas, y su tendencia no a tomar la forma

fasciculada, sino envolviendo a los vasos como mantos periteliales, que en algunas zonas aparecen laxamente distribuídas por el dermis y en otras penetran hasta el mismo fondo de las papilas. Sólo se observan raras mitosis.

Se trata, pues, de un tumor mesenquimatoso, sin relación alguna con la pared alveolar o perióstica, ausencia de osteoblastos, independiente de las formaciones ectodérmicas y, seguramente, de origen reticular. Le calificamos como un *sarco-peritelioma histiocitario*, es decir, un *épulis* sarcomatoso con el aspecto y localización de los procesos granulomatosos, a los que se añaden las características sarcomatosas ya reseñadas.

NORMAS PARA EL DIAGNÓSTICO

Confesamos, desde luego, ser muy exigua la casuística que hemos manejado durante estos últimos años, ya que de un conjunto de 43 biopsias de proliferaciones de encías, la inmensa mayoría granulomas simples, irritativos o bacterianos, sólo hemos entresacado ocho *épulis* genuinos de células gigantes, más este otro tipo sarcomatoso que acabamos de describir.

Una de las características de la malignidad de los sarcomas gingivales es la invasión de las capas musculares; éste es un detalle que no podrá pasar desapercibido para el cirujano o el odontólogo cuando se trata de tumoraciones que asientan mejor en las partes altas de la encía que en la fosa canina, cuestión que queda ignorada para el histopatólogo, a menos que se le haga tal advertencia.

Pero en cuanto a los datos que habrá que valorar llegado el caso de duda entre la naturaleza granulomatosa o la tumoral maligna, creemos pertinente recordar que en los *épulis de células gigantes* dominan los procesos inflamatorios proliferativos, con hiperplasia de los elementos conjuntivos, dilatación de vasos, emigración de leucocitos, etcétera, y que, aunque siempre nos recuerda su estructura la del *sarcoma de células gigantes*, la disposición, tanto de las células fusiformes como las mismas mieloplaxias, se realiza ordenadamente, no observándose irregularidades atípicas de los elementos celulares.

En casos como el reseñado, provisto de células muy cromófilas, es difícil apreciar si existen o no mitosis; siendo preferible atenerse a reconocer si hay formación o no difusa de precolágena y, sobre todo, la calidad de los vasos, si disponen de pared propia o se hallan ro-

deados de reacción peritelial perfectamente distinguible de la reacción inflamatoria.

Como imágenes de contraste nos permitimos insertar las estructuras de un *épulis* angiomaso puro, para destacar la calidad vascular, con la zona granulomatosa de su porción más externa fuertemente inflamada, con algún foco hemorrágico, que casi pasa desapercibido.

Otra situación, por último, la producen los angiosarcomas malignos, caracterizados por los signos de heterotopia de sus elementos intersticiales, tendencia a las hemorragias, con impregnación de las células por los pigmentos hemáticos y las monstruosidades celulares, a diferencia de los angiosarcomas benignos, denominados por Costero *teleangiomas*, para los casos de tumores de vasos capitales.

R E S U M E N

1.° Se manifiesta la conveniencia de designar, sistemáticamente, a los *épulis* de células gigantes *épulis de mieloplaxias*, que, aunque morfológicamente disponen de los caracteres de los sarcomas de células gigantes, su naturaleza es más bien granulomatosa, lo que les da la benignidad.

2.° Se trata de formar un estado de conciencia ante la aparente antinomia sarcoma-granuloma.

3.° Que, aunque los *épulis* sarcomatosos se den con rareza en la región gingival, no debe pasar desapercibida la posibilidad de encontrar en la práctica modalidades sarcomatosas de *épulis* relacionadas con las proliferaciones de orden vascular.

B I B L I O G R A F I A

1. Aschof: *Tratado de Anatomía patológica*, tomo II, pág. 725.
2. Costero: *Anatomía patológica*, tomo II, pág. 1.816.
3. Luis Gery (Estrasburgo): "Bulletin du Cancer", 1938, página 142.
4. Bernard y C. Berge: "Bulletin du Cancer", 1948, pág. 432.

Un anestésico de acción breve

Desde 1903, en que apareció el primer barbitúrico empleado en Medicina, muchos nuevos derivados se han ido agregando en la terapéutica. Entre ellos, uno de los que mayor repercusión ha tenido en la anestesiología ha sido el "evipan sódico", clasificado dentro de los cuatro grupos clásicos de barbitúricos por su velocidad de acción, como "breve" cuando se emplea la vía oral (hipnótico) y "ultrabreve" por vía intravenosa (anestésico). Por esta última vía se obtiene una anestesia de quince a treinta minutos, suficientes para efectuar actos quirúrgicos rápidos. Pero no resulta para ser manejado en las maniobras, cada día más frecuentes, de exploración, como la intubación, la broncoscopia, etc., por lo cual se ha buscado un nuevo agente que reúna a las propiedades anestésicas del evipan una mayor velocidad en su acción y recuperación posanestésica.

Así aparece la sal sódica del 5,5-alil-(2'-metilpropil)-tiobarbiturato, que lleva a una anestesia general completa de breve duración.

En un relato de presentación del nuevo agente, hecho por Maurice Pestel ("La Presse Médical", 1954, 62, 1539) hallamos los caracteres físicos y farmacológicos más notables de la droga.

Se presenta como un polvo amarillo, de reacción ligeramente alcalina, poco soluble en el agua; se utiliza en solución al 10 por 100. Farmacológicamente es muy similar, como hemos dicho, al evipan sódico, pero su eliminación es notablemente más rápida. La vía de administración aconsejada es la intravenosa, aunque no se obtendrían reacciones locales con la intramuscular (no empleada en la práctica). La velocidad de administración, mediana (3 a 4 c.c. en un minuto), no muy rápida por la posible producción de extrasístoles. Suspendida la inyección, persiste un adormecimiento por un lapso de alrededor de cinco minutos. Con una dosis de 8 a 15 c. c. de la solución al 10 por 100, se puede obtener una anestesia completa y corta, aun en sujetos robustos y jóvenes. No se ha llegando nunca a sobrepasar la dosis de 20 c. c. La tolerancia es perfecta, demostrando los controles de tensión arterial una discreta disminución.

El resto, como son el ritmo respiratorio, la circulación, el ritmo cardíaco, etc., permanecen inalterados. El despertar es tranquilo y sin trastornos secundarios desagradables: tipo, vómitos, etc.

Como indicaciones precisas, se señalan las pequeñas intervenciones, la intubación, el electroshock y las endoscopias. En intervenciones más importantes es posible recurrir a esta medicación en asociación con clorpromazine y antihistamínicos que se administrarían previamente (dos horas antes de la narcosis), o un opiáceo, evitando la morfina pura.

Como contraindicaciones pueden señalarse: las lesiones agudas o crónicas del hígado, pues la droga se destruye en dicho órgano; los hipertensos elevados y fijos, habiéndose observado en algún caso una caída hasta de 100 mg. de Hg.; el asma bronquial, pues los barbitúricos tienen una reconocida acción vagomimética. Y por fin, y quizá la más importante contraindicación, los niños (por debajo de los quince años). En ellos la eliminación es muy lenta e irregular, pudiendo persistir una somnolencia a veces marcada.

De más está destacar que la vigilancia estricta del enfermo es la común a toda anestesia.

Es éste un nuevo agente, que está llamado a tener una amplia repercusión en la práctica diaria de las intervenciones de corta duración.

(per "S. M.", 739, 1955.)