

# EL LLAMADO ADAMANTINOMA DE LOS HUESOS LARGOS

por

P. L. BAKER, M. B. DOCKERTY y M. B. COVENTRY

("The Journal of Bone and Joint Surgery", vol. 36-A, pág. 704, 1954)

Se presenta en este trabajo un estudio de 27 casos del llamado adamantinoma. Veinticuatro de ellos, incluyendo dos de la Clínica Mayo, fueron encontrados en una revisión de la literatura, mientras que los otros tres fueron casos nuevos de la Clínica Mayo, comunicados con detalle en este artículo.

En esta serie, la edad de los pacientes osciló entre doce y cincuenta y siete años. El tumor afectaba a la tibia en 24 casos; al fémur, en uno; al cúbito, en uno, y al peroné, en uno. El dolor fué el principal síntoma. Había una masa y tumefacción en algunos casos. Coexistía displasia fibrosa en cinco casos.

El adamantinoma extracraneal es un tumor epitelial de crecimiento lento que se presenta en el hueso. El origen del tejido epitelial es desconocido. No se ha logrado acuerdo respecto a si el tumor epitelial es un carcinoma de células basales o de células escamosas. No se ha encontrado predominio en uno y otro sexo. Microscópicamente, las variaciones pueden comprender los siguientes tipos: células basales, células basales adenoquísticas, células escamosas, un tipo ameloblástico o un tipo sarcomatoide.

El tratamiento de elección es la amputación, preferiblemente por el hueso más proximal. Esta opinión está basada en el hecho de que es casi seguro que recidive el tumor. En 17 de los 27 casos de esta serie se sabe que se produjo recidiva, seguida de muerte en ocho casos. Se demostraron por biopsia metástasis en cuatro casos, lo que hace resaltar aún más la necesidad de tratamiento quirúrgico radical.—*E. Olivares.*

(*per* "B. Méd. Int.", 9.806.)

# PRONOSTICO DE LA LEUCOPLASIA Y DEL LIQUEN PLANO BUCAL

por los

DRES. CERNÉA y BENOIST

Puede parecer superfluo tratar este tema. En efecto, si examinamos los tratados clásicos veremos que el problema pronóstico del liquen bucal y de la leucoplasia parece definitivamente resuelto. Se atribuye a la leucoplasia un papel preponderante en la etiología de los cánceres de la mucosa bucal; el liquen, en cambio, ha sido considerado como una afección cuyo carácter esencial era su benignidad.

Posteriormente ciertos autores han llamado la atención sobre el hecho de que muchos epitelomas bucales aparecen sin previa leucoplasia. Por otra parte, existen en la literatura un cierto número de observaciones evidenciando cánceres desarrollados sobre un liquen plano bucal. Una serie de casos análogos hallados por uno de nosotros en sus observaciones personales viene en apoyo de estos hechos.

Todo ello nos permite preguntar si se debe seguir conservando para el liquen y la leucoplasia el mismo valor pronóstico que le atribuían los autores clásicos.

## LA LEUCOPLASIA

Se la consideró antiguamente como una manifestación tardía de sífilis y se le atribuyó en consecuencia una importancia diagnóstica considerable. Pero otro argumento vino a aumentar la importancia de la leucoplasia en patología bucal: la amenaza de transformación maligna que pesaba sobre ella. Sébilleau lo convirtió en un axioma: "La leucoplasia es un cáncer, o por lo menos un cáncer en potencia."

Fournier admitió que la leucoplasia era siempre de origen sífilítico y que jugaba un papel preponderante en el determinismo del cáncer. "Sin embargo—decía este autor—, por sí sola produce cáncer únicamente en raras ocasiones, ya que precisa un colaborador esencial: el tabaco."

Para esquematizar el proceso de desarrollo del cáncer bucal, se propuso el siguiente aforismo: sífilis + leucoplasia + tabaco = cáncer.

Después, muchos autores han atenuado el carácter categórico de esta afirmación. Sin restar nada al valor pronóstico de la leucoplasia. Darier, Civatte y Tzanck admitieron que se pueden observar sólo en raras ocasiones cánceres sin leucoplasia inicial.

Actualmente parece que se puede ir mucho más lejos en esta idea. No se puede admitir que la leucoplasia constituya un estado precanceroso sin hacer importantes reservas. La proporción de leucoplasias en los enfermos con cáncer bucal es relativamente escasa. En 225 enfermos afectados de epiteloma de la mucosa bucal, sólo 25 habían presentado leucoplasia. Y aun debemos señalar que sólo en 11 casos la localización de la neoplasia coincidía con la leucoplasia.

Esta estadística está de acuerdo con la opinión de Delarme, para quien "las leucoplasias son, generalmente, alteraciones benignas, mientras que la mayoría de cánceres bucales aparecen sobre una mucosa anteriormente sana".

Lo esencial de estas observaciones se resume en la tabla siguiente:

Localización de los epitelomas.	Lengua	Lengua y suelo de la boca	Suelo de la boca	Suelo de la boca + maxilar	Maxilar inferior	Maxilar inferior + mejillas	Mejillas	Labio inferior	Labio superior	Encía superior	Mejilla + Maxilar + velo	Labio + Maxilar Suelo de la boca	Suelo de la boca + Amígdala	TOTAL
Número ..	41	20	33	23	28	12	22	4	1	9	23	4	5	225
Leucoplasias .....	9	—	2	2	2	2	8	—	1	2	1	1	—	25

Es interesante investigar la proporción de leucoplasias en relación con la localización del cáncer. Se destaca que es a nivel de la mejilla donde la proporción es mayor (36 por ciento), mientras que el porcentaje general sólo es del 9 por 100.

Existe, pues, entre los hechos actuales y los admitidos por los antiguos autores una oposición absoluta.

¿Se puede hallar una explicación a esta contradicción? Ante todo, debemos señalar que casi todas las leucoplasias que acompañan o preceden al epiteloma tienen un carácter muy particular. No se trata de

lesiones superficiales, aisladas, muchas veces ignoradas por el enfermo, como se observa generalmente en clínica. Al contrario, son leucoplasias verrugosas, en forma de coliflor, gruesas, extensas, y que cubren la lengua o la mejilla; su potencial evolutivo se manifiesta por la importancia de los bloques de queratina, y por la rapidez de reaparición después de su caída. En resumen, sus caracteres clínicos e histológicos las hacen más cercanas a un verdadero epiteloma que a una lesión precancerosa.

Fué observando estas formas, que los antiguos autores llamaron la atención sobre su gravedad. Su relativa rareza en la actualidad explica las divergencias de opinión entre los autores clásicos y los de nuestra época.

Creemos, pues, que el pronóstico de la leucoplasia no puede precisarse sin establecer una discriminación entre los diversos aspectos clínicos. En consecuencia, es necesario establecer una distinción absoluta entre:

*Las leucoplasias banales*, aisladas, superficiales y estables, que tienen un pronóstico benigno. Felizmente, son éstas las que se observan en la gran mayoría de casos.

*Las formas hiperqueratósicas*, exuberantes y en perpetua renovación. Estas formas tienen un pronóstico mucho más reservado. De hecho, no son continuación de una leucoplasia banal, y evolucionan directamente en cáncer. Parece más lógico hablar de epitelomas de forma leucoplásica que de leucoplasias susceptibles de degenerar.

Establecidos estos hechos, sólo falta añadir que estas formas hiperqueratósicas son raras y que en la mayoría de casos los epitelomas de la mucosa bucal nacen sobre una mucosa no alterada.

### EL LIQUEN PLANO BUCAL

El pronóstico que le dieron los clásicos es totalmente opuesto al que atribuyeron a la leucoplasia. Darier, en su tratado de dermatología, escribió que "el liquen plano bucal no origina jamás un cáncer".

Todos los autores estaban de acuerdo en atribuirle una evolución constantemente benigna. Ciertamente, esta evolución se hace siempre con lentitud, escalonada por meses y años; luego queda estabilizado. Más adelante, se desplaza o se extiende muy lentamente debido a reagudizaciones subagudas.

Pero estas modificaciones se efectúan a un ritmo muy lento, sin que jamás adquieran un carácter inquietante.

Puede curar espontáneamente, pero también puede recaer después de una desaparición de varios años. Por otra parte, esta evolución está muy poco modificada por el tratamiento. Las complicaciones son excepcionales y, según los autores, siempre benignas. Esta es la opinión de los clásicos.

Sin embargo, algunas observaciones se han publicado en los últimos veinte años, señalando la aparición de epitelomas sobre líquenes planos bucales. Pero, especialmente, es en los últimos cuatro o cinco años que observaciones análogas se han multiplicado. Nosotros hemos podido reunir 19 casos de epitelomas de la cavidad bucal aparecidos en el curso de la evolución de un liquen plano; de estos casos, 7 han sido observados personalmente.

Ante todo, debemos preguntarnos, habida cuenta la relativa rareza en la coexistencia de cáncer y liquen, si no se trata de una yuxtaposición fortuita. Varios argumentos demuestran que el liquen juega realmente un papel en la aparición del cáncer:

1.º El 55 por 100 de cánceres aparecidos sobre un liquen plano son cánceres de la mejilla; sólo la gran frecuencia del liquen a nivel de la mejilla puede explicar esta elevada proporción.

2.º Casi siempre, antes de aparecer el cáncer, el liquen ha sufrido uno o varios brotes evolutivos: extensión, dolor, fisuración o erosión.

Citamos, a título de ejemplo, una observación particularmente demostrativa:

El enfermo, un hombre de cuarenta y cinco años, había constatado hace veinticinco años un cambio de coloración en su lengua. La mucosa adquirió lentamente un color blanquecino, y después aparecieron pequeñas grietas en la cara interna de las mejillas. Una biopsia practicada siete años después de las lesiones, demostró claramente que se trataba de un liquen plano.

Mientras tanto, sobre las placas liquenoideas aparecieron unas erosiones que se fisuraban, cicatrizaban y volvían luego a reaparecer. Al cabo de veinticinco años de comenzadas las lesiones, apareció una ulceración en la mejilla izquierda. Era un epiteloma.

Pero es más interesante investigar si los líquenes cuya evolución puede ser agravada por un cáncer, presentan caracteres peculiares. El aspecto más frecuente es, sin discusión, la *forma erosiva*, o sea una simple erosión recubierta de una delgada capa epitelial más o menos

despegada. En otros casos se trata de una verdadera *ulceración* que adquiere el aspecto de una llaga atónica de contornos claramente delimitados; su superficie es muy regular, lisa, de un color rojo vivo y jamás sangrante; en ciertos sectores está recubierta de una delgada membrana fibrinoleucocitaria que le da un matiz blanco opalino. También pueden observarse *formas hiperqueratósicas*, que simulan más o menos una leucoplasia; su diagnóstico, más difícil, requiere la biopsia. Por último, en ciertos casos se observan formas que escapan a toda descripción, ya que se modifican constantemente; nosotros las llamaremos *formas evolutivas*, y se caracterizan por su extensión, por las fisuras que aparecen en su superficie y los dolores que las acompañan.

Un segundo punto falta precisar: ¿se debe considerar la neoplasia, cuando se presenta, como una complicación precoz o tardía? Generalmente el cáncer aparece tardíamente, después de un período de docenas de años; en otros casos, al contrario, cuando el liquen es reciente, puede evolucionar de un solo golpe en un cáncer. Estos hechos parecen contradictorios, pero se explican si nos fijamos en que la aparición del cáncer está siempre precedida de un brote evolutivo del liquen. Y estos brotes pueden presentarse tanto en un liquen antiguo que parecía estabilizado después de largo tiempo, como en uno de reciente formación (liquen evolutivo "d'emblée").

Después de examinar estos hechos, creemos que no se puede aceptar el pronóstico optimista que formulaban los autores antiguos en relación con el liquen plano bucal. Los casos publicados y los que nosotros hemos observado demuestran que el cáncer puede aparecer—indiscutiblemente—en el curso de la evolución de un liquen.

Ahora bien, ¿debemos adoptar una actitud rigurosa y llegar a la conclusión de que el liquen plano bucal es una afección provista de un potencial maligno cuyo pronóstico debe ser objeto de las mayores reservas? No lo creemos así. La clínica demuestra que en la inmensa mayoría de casos, el liquen bucal es una afección sin gravedad. Pero opinamos que es necesario—al igual que en la leucoplasia—establecer un pronóstico diferente según el liquen de que se trate:

De un lado clasificaremos las *formas estables*, no erosivas, que aparecen sobre una mucosa sana y que no presentan tendencia evolutiva. Estas son las formas más corrientes, y su evolución es siempre favorable.

En un segundo grupo clasificaremos las *formas anormales*: erosivas, ulceradas, dolorosas, en crecimiento. Estas formas son raras, pero

deben ser consideradas como extremadamente sospechosas. Su aspecto clínico se aparta mucho de las formas clásicas y, muchas veces, sólo pueden ser identificadas merced a la biopsia. Su diagnóstico es de importancia capital, pues no nos cansaremos de insistir sobre la gravedad de los cánceres desarrollados sobre un liquen. Su evolución generalmente es rápida, y las recidivas, precoces y extensas.

### CONCLUSIONES TERAPÉUTICAS

La comparación del pronóstico del liquen y de la leucoplasia es muy interesante. Vemos que, contrariamente al concepto clásico, el pronóstico de estas dos enfermedades es parecido: a) De un lado, las formas benignas, que son las más frecuentes; b) De otra parte, las formas que pueden ser origen de un cáncer, pero cuyas características clínicas permiten casi siempre sospecharlas.

Estas consideraciones permiten adoptar una actitud terapéutica diferente según el tipo de lesión causal.

Las formas claramente benignas de liquen o de leucoplasia no parecen beneficiarse de terapéuticas generales o locales diferentes de las preconizadas actualmente, y que son muy numerosas.

En cambio, haremos una reserva con el liquen plano, ya que, teniendo en cuenta la posibilidad de su transformación en liquen erosivo, se evitará con todo cuidado cualquier causa de irritación local, especialmente vigilancia minuciosa de dientes y aparatos de prótesis en relación con la lesión.

Si nos encontramos con aquellas formas de leucoplasias o liquen susceptibles de degenerar en cáncer, es indispensable su control diagnóstico por la biopsia. Muchas veces tendremos la sorpresa de encontrarnos con una lesión ya claramente maligna; en este caso, el tratamiento será el mismo que el del cáncer mucoso: ya sea mediante agentes físicos (radium, rayos X), ya quirúrgicos (electrocoagulación, vaciado ganglionar). Si, al contrario, nos encontramos con una lesión aun no degenerada, debemos temer su transformación maligna, y nos parece lógica su destrucción; creemos que actualmente es preferible la electrocirugía a la exéresis quirúrgica, por ser de realización más cómoda y de resultados más constantes.

(*per* "La Revue Odont.", II, 1953. Trad. de Echeverría Muro.)