

ORIGINALES

La prótesis bucal como causante del carcinoma espinocelular oral

R. Caballero Herrero*, C. Bru de Sala Oms**

RESUMEN

La aparición de cáncer bucal está vinculada a múltiples factores de riesgo. En este artículo queremos exponer como uno de ellos la úlcera crónica producida por las prótesis dentales removibles o fijas.

Palabras clave: Cáncer bucal. Factores mecánicos. Úlceras bucales. Prótesis como agente causal.

SUMMARY

The apparience of the carcinoma is associated to several risky factors.

These article want to expose, how one of these factors, the cronical ulcer, produced by the dental removable-fixed dentures cause it.

Key words: Oral carcinoma. Mechanicals factors. Oral ulcer. Dentures causal agent.

Introducción

En general las irritaciones de la mucosa bucal provocadas por prótesis removibles de acrílico o metálicas tienen un buen pronóstico, si se elimina el factor causante (1). Existen lesiones que, bien por no recibir tratamiento, bien por ser diagnosticadas incorrectamente, pueden degenerar en procesos neoplásicos (2).

Nosotros queremos consignar la prótesis como causante a veces de provocar un proceso ulceroso, al ser un elemento más o menos rígido, apoyándose sobre la mucosa bucal, ser inductora de la reacción de los tejidos que van desde

ulceraciones benignas hasta las más graves neoformaciones proliferativas, si encuentran terreno favorable (3).

El odontoestomatólogo tiene la oportunidad de examinar al paciente varias veces al año, por lo cual se le atribuye un papel importante en la lucha preventiva contra el cáncer bucal.

¿Cómo puede colaborar?

a) Realizando exámenes minuciosos de los tejidos blandos y duros de la boca.

b) Eliminando irritantes bucales crónicos.

— Aristas o bordes cortantes de «prótesis» dentales o dientes.

— Exceso o falta de material de restauración que provoque bordes afilados, cortantes.

— Prótesis mal adaptadas, desajustadas, cuya irritabilidad conduzca a provocar daño en las mucosas.

— Eliminar las prótesis metálicas movibles o fijas cuyos bordes irritan continuamente la lengua.

* Catedrático de Patología Médica Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona.

** Prof. Asociado de Odontología Integrada en Adultos de la Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona.

c) Reconocer y controlar las lesiones cancerizables.

d) Motivar al paciente a abandonar o disminuir el tabaco y alcohol.

e) Realizar citología exfoliativa o biopsia, siempre que exista una sospecha de cáncer.

¿Cómo podremos prevenir el cáncer bucal?

Es imprescindible el conocimiento de los factores de riesgo que puedan contribuir en la aparición y desarrollo de la enfermedad.

La «úlcerá traumática» es el proceso intra-bucal más frecuente, principalmente cuando actúa en bordes de la lengua o cara ventral de la misma, al igual que en la mucosa yugal, los surcos gingivales o el piso de la boca, lugar frecuente y de peor pronóstico cuando estas úlceras no mejoran o se abandonan en su tratamiento (5) (Fig. 1).

Por ello tenemos la convicción de que el diagnóstico semiológico de «úlcerá» lleva consigo la consideración de enfermedad de serio pronóstico, sea superficial o profunda. Existe la posibilidad de reparación en pocos días suprimiendo el agente causal, tanto la erosión como la ulceración curan, pero si la pérdida de sustancia no lo tiende a hacer en un período de diez o quince días, haciéndose crónica, nos haría pensar que estamos en presencia de un cuadro clínico grave que nos obliga a efectuar una «biopsia» y estudio anatomopatológico.

Los factores locales irritativos que producen una ulceración traumática son muy diversos, pero debemos recordar la suma de factores generales, como son las alteraciones sistémicas, ciertos medicamentos, la edad, con su anabolismo disminuido, la regeneración celular disminuida de la mucosa que retarda la cicatrización (5-6).

En estas úlceras debemos valorar varios parámetros, como son:

- Días de evolución
- Pérdida de sustancia
- Dolor
- Induración de la base
- Eversión de los bordes (Fig. 2)

Causas determinantes: Enfermedades sistémicas, relación de vecindad del agente agresivo, dientes cortantes, irregulares, malposiciones dentarias, «prótesis mal adaptadas», viejas.

Si estas heridas a veces cursaron en pocos días, y volvieron a reaparecer al poco tiempo aumentando de tamaño y profundidad, por lo ya comentado y conocido por todos, que la repetida secuencia de microtraumatismo-lesión-cicatrización-microtraumatismo..., unido a una predisposición individual (terreno), define un papel determinante en la transformación maligna (4, 7).

Por todo lo dicho las ulceraciones, sean pequeñas o grandes, en relación con el agente causante, sumado a la edad, enfermedades sistémicas, forman y diferencian estas lesiones.

«Úlcerá» persistente, recidivante traumática, aunque sea pequeña, contorno irregular, circulares, poco profundas, de bordes edematosos, no evertidos, de consistencia poco aumentada a la palpación, con edema, a veces con nódulos inflamatorios submaxilares, debemos valorarlo para efectuar un diagnóstico diferencial (3-4).

Es difícil pensar cómo una célula normal pasa a tener características tumorales: para ello debe existir un estímulo y que esto ocurra. De hecho, existe una interacción de ellos como son: las alteraciones inmunológicas, metabólicas, alteraciones en el comportamiento de reproducción celular frente a agentes traumáticos, presencia de virus, entre otras varias causas. Como consecuencia de todo, la célula normal pierde su capacidad diferencial y adquiere caracteres principalmente proliferativos.

Es obvio que un individuo con bajas resistencias orgánicas de su sistema inmunológico,

Fig. 1: Úlcerá traumática yugal por prótesis.

Fig. 2: Características de una úlcerá.

Fig. 3: Hiperplasia inflamatoria por prótesis.

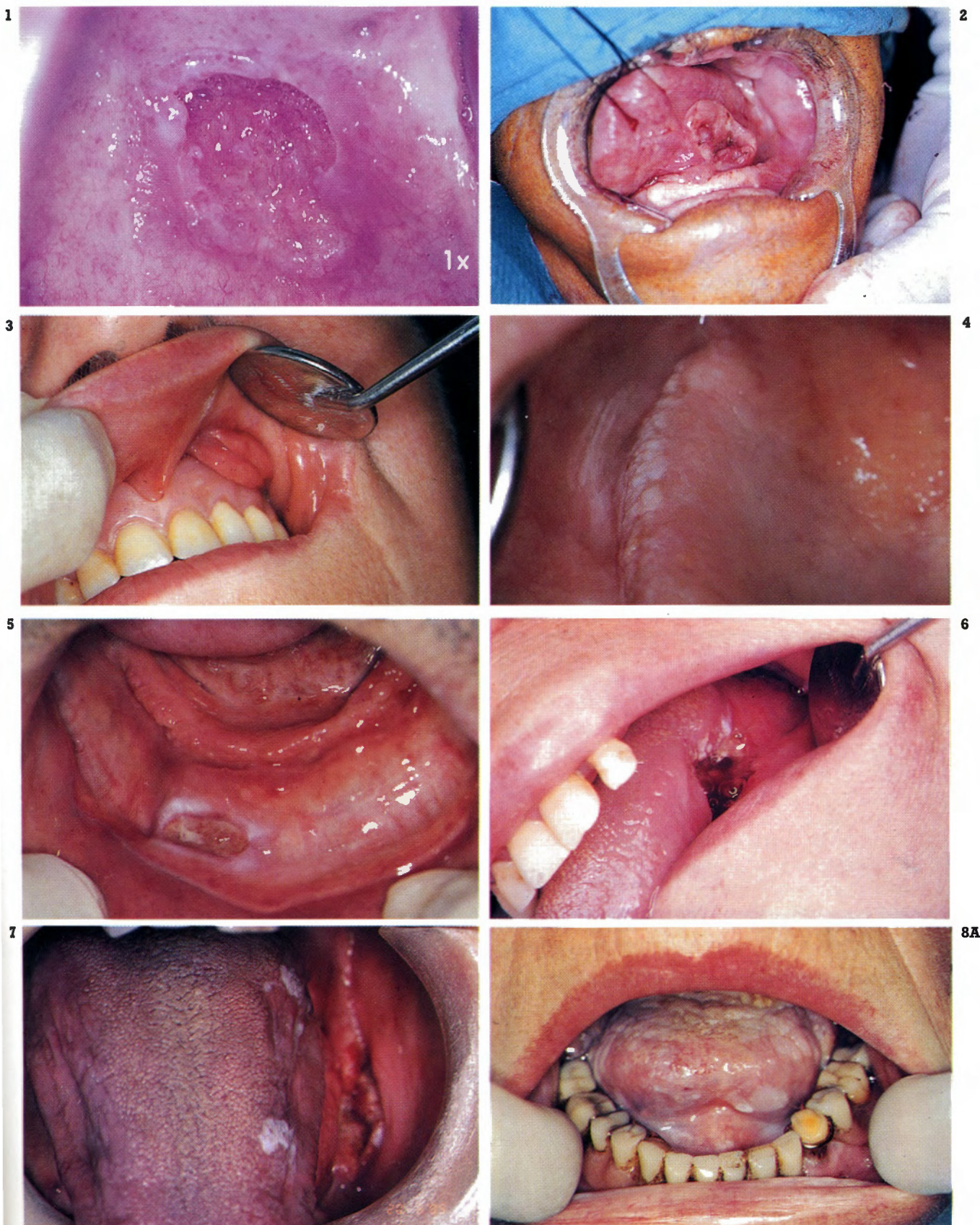
Fig. 4: Úlcerá traumática mucosa mandibular por prótesis.

Fig. 5: Hiperqueratoris.

Fig. 6: Carcinoma espinocelular, suelo boca por prótesis cromo cobalto mal diseñada. Gran adenopatía submandibular, metástasis pulmonar. Sra. 49 años. Biopsiada.

Fig. 7: Carcinoma espinocelular, región mandibular posterior, de varios años de evolución, traumas repetidos, mala adaptación tras muchos años de ser efectuada. Sra. 74 años. Biopsiada.

Fig. 8 (A): Se observa prótesis de años, mal adaptada, lesiva.



nutricionales, metabólicas, están más sujetos al desarrollo de dolencias o enfermedades que puedan de alguna forma estar asociadas al cáncer, contando con otra serie de alteraciones donde el mecanismo de defensa está más comprometido.

En relación a los traumatismos mecánicos (prótesis dentales) es fácil observar que la acción constante, prolongada y repetida sobre la mucosa bucal puede provocar alteraciones en la reproducción celular, pues la célula está en cada momento teniendo necesidad de activar su código genético reparador, que puede, por la constancia, modificarse e iniciar un proceso autónomo de reproducción y multiplicación celular incontrolable.

Esto explica el motivo por el cual el traumatismo mecánico puede propiciar la aparición de un cáncer.

No todo traumatismo mecánico estimula el desarrollo de un tumor maligno.

En ciertos casos, observamos el desarrollo de una úlcera mecánica; en otros, bajo el mismo traumatismo observamos una hiperplasia inflamatoria (3), (Fig. 3). Este hecho nos hace creer que sin duda alguna deben existir otros factores que se asocian a los ya relatados que determinan la evolución de la respuesta del organismo.

Este y otros factores intrínsecos predisponen la determinación genética que guía la respuesta del organismo a producir un tumor, una inflamación u otras determinadas patologías, concluyendo con lo que dicen muchos oncólogos: «que sólo tiene cáncer quien puede y no quien quiere». Para que se establezca un cáncer en un determinado organismo es necesario un factor intrínseco y otro extrínseco.

Factores predisponentes

Como factor intrínseco, podemos citar la predisposición que un individuo tiene a través de las células heredadas, con potencial maligno, o qué células que inicialmente eran normales con el tiempo se fueron modificando y adquiriendo características de células con potencial de malignidad. Esta alteración celular que da a la célula con potencial oncogénico también es producida por factores extrínsecos provenientes de los más variados agentes: polución atmosférica, elementos radioactivos, partículas sólidas, gases,

radiaciones actínicas, ionizantes, productos de combustión de materiales y otros ya citados. La modificación celular que estos factores extrínsecos pueden trazar su naturaleza predisponente, dejando a la célula con posibilidad de devenir una célula tumoral frente a un factor determinante, permanece latente durante años (4).

Todavía, otro factor puede ocurrir donde la propia célula manifiesta potencialidad maligna de forma autónoma o asociada a factores extrínsecos. Son células portadoras de oncógenos que tendrían una función específica de predisponer al individuo al cáncer, a medida que actúa en el D.N.A. de la célula (4). De tal manera podemos observar que existen factores extrínsecos al organismo y que pueden actuar con factores desencadenantes de un tumor, los cuales son clasificados como generales o locales.

Los generales ya los hemos mencionado junto a los factores extrínsecos, y los locales serían todos aquellos que atacan directamente a la

Fig. 8 (B): Figura anterior, quitada la prótesis, donde se observa la lesión de la mucosa. Biopsia-Carcinoma espinocelular.

Fig. 9 (A): Sra. de 71 años, portadora de prótesis antigua, con la cual se mordía la mejilla derecha, efectuando ulceración. Biopsia-Carcinoma espinocelular.

Fig. 9 (B): Figura anterior, mejilla yugal derecha ulcerada y malignizada.

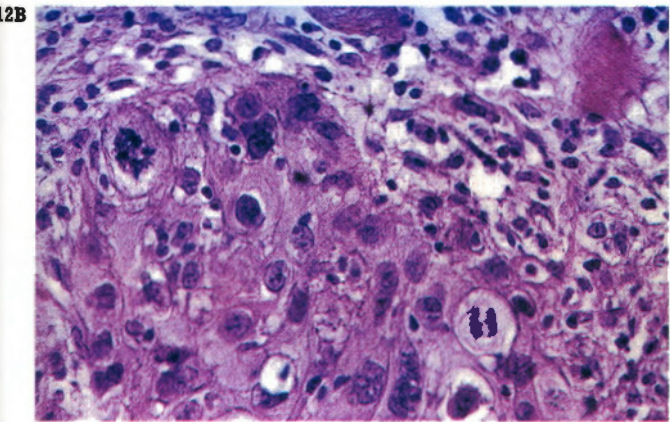
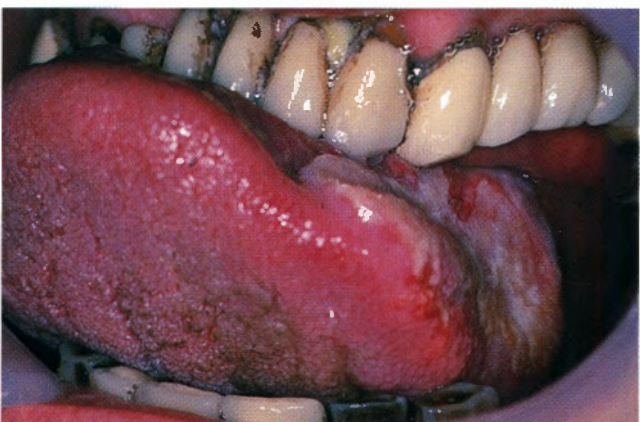
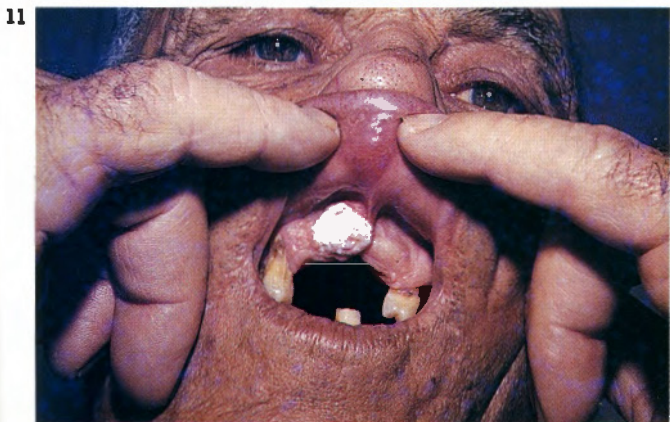
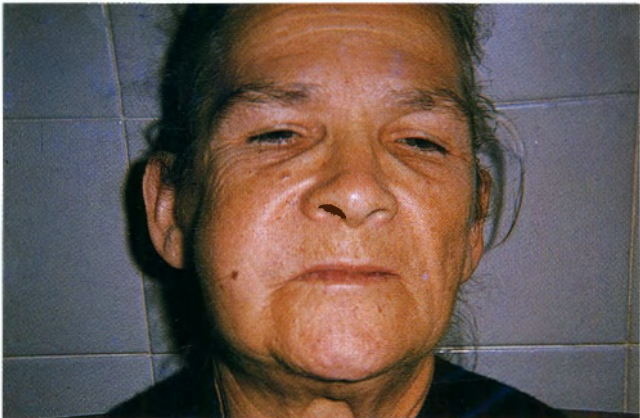
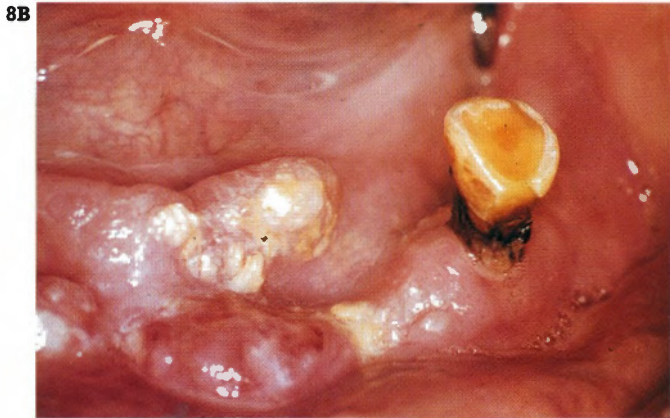
Fig. 10: Sra. de 48 años. Mucosa yugal eritematosa, eritroplásica, roja aterciopelada con nódulos a la palpación. Era portadora de prótesis de largo tiempo de confección, mordidas repetidas de mejilla sin ulceración. Biopsia-Carcinoma espinocelular.

Fig. 11: Sr. de 79 años, portador de un removible anterior que le producía hiperplasia, intervenida por sanitarios diversos no especializados (bisturí eléctrico, nieve carbónica, etc.), que se reproducía al no regular la prótesis. Biopsia-Carcinoma espinocelular.

Fig. 12 (A): Sr. de 68 años. Roce de lengua con borde metálico por prótesis fija fracturada, que produjo úlcera en porción ventral de lengua.

Fig. 12 (B): Biopsia. Figura anterior. Proliferación epitelial neoplásica que infiltra el corión y tejido muscular, que llega al borde inferior del fragmento, focos de queratinización, núcleos polimorfos, mitosis anormales. Diagnóstico-Carcinoma espinocelular.

Fig. 12 (C): Extraído el póntico, mejor observación ulcerada de la lengua edematosa. Existían adenopatías.



boca, como son: los traumatismos mecánicos a través de dientes fracturados, bordes cortantes a través de diastemas, dientes mal posicionados, cúspides agudas, disturbios de la oclusión, parafunciones, que pueden injuriar constantemente aunque con baja intensidad (5). El «uso de prótesis» puede ser un factor lesivo. El abuso del tabaco y alcohol provoca un sinergismo, determinando altísima posibilidad del desarrollo de un cáncer en la mucosa bucal.

Las úlceras traumáticas, o de otro origen, que provoquen traumas repetidos y constantes, tienen posibilidad de evolución hacia un tumor maligno o carcinoma espinocelular. Es importante observar algunos detalles que puedan diferenciar estas úlceras de otras conocidas y que no tienen mayor grado de patogenicidad. Así, tenemos la observación de una aureola blanquecina que nos dice el grado inflamatorio y crónico al traumatismo que provocará una reacción hiperqueratósica. (Fig. 7)

La úlcera en medio de un área blanca es un signo de alarma en relación a la oncogénesis, pues no se sabe en qué momento se produjo la aparición, si antes o después de ésta, o que puede sugerir una transformación maligna de la placa. (Fig. 5)

De cualquier forma la úlcera que no cicatriza y que continúa siendo traumatizada o que está asociada con la placa blanca debe seguirse con un control regular, cíclico y constante. Las lesiones blancas que no desaparecen cuando son raspadas deben ser estudiadas según su función y tamaño: si es pequeña debe ser removida y si son mayores deben ser controladas a través de un examen clínico, citológico exfoliativo como el azul de toluidina, que cubre de azul las células de mayor actividad, siendo estos lugares escogidos para la biopsia (7-8-9).

Frente a un traumatismo crónico, la capa más superficial de la mucosa bucal aumenta de espesor para defenderse de los agentes traumáticos, y para que no siga afectando los tejidos más nobles como es el conjuntivo.

La mucosa tiene una función normal en esta fase conocida por hiperqueratosis, removido el agente causal el epitelio vuelve a su condición normal, principalmente por la exfoliación de la capa muerta de queratina y no requiere tratamiento. «Quitada la causa se cura el efecto.»

Pero si la mucosa bucal continúa expuesta al agente traumático se desarrolla una capa de

queratina que perdura después de evitar el trauma repetido y constante.

A este estado evolutivo se le denomina comúnmente placa blanca (leucoplasia) (6-11), que en todo viene siendo semejante a la hiperqueratosis pero que debe ser intervenida para que desaparezca la lesión, porque no cura espontáneamente.

La leucoplasia, como la hiperqueratosis, «histológicamente» presenta paraqueratina, una capa de células muertas que, por la necesidad de desarrollo rápido para proteger, aprisiona núcleos en su interior propiciando la aparición de un carcinoma a partir de estas células nucleadas.

Si la placa blanca permanece puede existir alteración en el cuadro histológico, apareciendo indicios de transformación maligna con queratinización epitelial bajo la forma de «perlas córneas». Fase denominada de displasia, donde existe el riesgo de transformación maligna inminente. Clínicamente el aspecto es el mismo, o sea, una placa blanca que no cede al raspaje, que no desaparece con la retirada del agente irritante.

Una secuencia indeseable e infelizmente muy prevalente, y la transformación en «carcinoma in situ» donde el tumor maligno formado se restringe al epitelio (12-13). El aspecto clínico es semejante aunque en esta fase puede existir una úlcera en medio de una placa blanca, transformándose en carcinoma invasivo o casi obligatoriamente en una placa persistente. El aspecto clínico cambia y se nota una úlcera indolora en medio de la placa blanca. Histológicamente, el carcinoma invade el tejido conectivo, tornándose más agresivo y pudiendo propiciar o aparecer metástasis (14).

Reiteramos el hecho biológico por ser de trascendental importancia el conocimiento de la regeneración constante a partir de la capa basal en mitosis constante para llevar nuevas células a la capa córnea. Este hecho que sucede cada 10 o 15 días, lo que nos demuestra que si esto no sucede así existe alguna causa anormal para que no se verifique con normalidad, lo cual nos hace pensar que debemos actuar con rapidez, para conocer su causa, lo que lograremos con una biopsia.

Observando estos detalles que hemos expuesto en todo lo anterior, llegamos a la **conclusión** de que las prótesis removibles o fi-

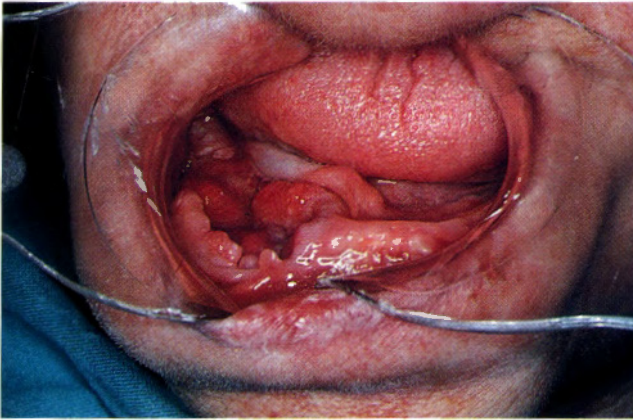


Fig. 13 (A): Se observa tumoración alveolar que llega al suelo de boca, de larga evolución (años), prótesis de años. Biopsia-Carcinoma espinocelular.

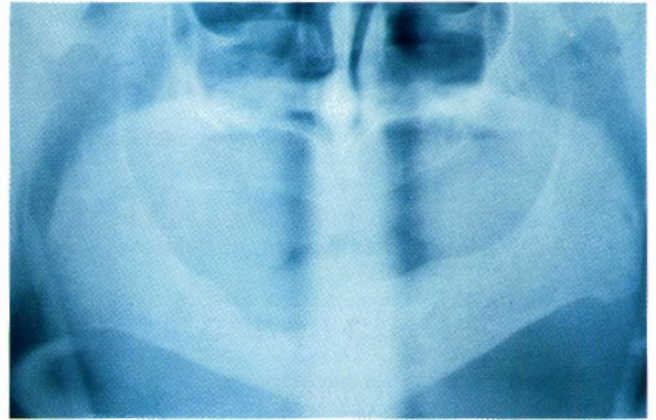


Fig. 13 (B): Larga evolución, que invadió tejidos duros de la mandíbula; obsérvese la destrucción ósea en el lado derecho mandibular.

jas que no reúnan las condiciones mínimas necesarias para un total e inocuo funcionamiento se vuelven lesivas contra la mucosa bucal, convirtiéndose en factores locales predisponentes al cáncer bucal.

Material y método

Hemos escogido 24 casos de neoplasias espinocelulares, cuyo factor principal ha sido el trauma crónico, repetido de las prótesis iatrogénicas, exponiendo algunos de los más representativos que nos sirvan de apoyo a lo que hemos expuesto anteriormente.

Tratamiento

El odontoestomatólogo tiene obligaciones al respecto (9-10-11):

a) Reconocer clínica y radiológicamente las alteraciones presumiblemente tumorales de la cavidad bucal y estructuras periorales, así como diagnosticar las lesiones benignas y premalignas de dichas estructuras.

b) Ser capaz de establecer un diagnóstico precoz y de practicar una biopsia.

c) Recuperar un estado de higiene bucal óptimo antes del tratamiento oncológico, sobre todo si ha de ser con radioterapia, para evitar posibles secuelas.

d) Conservar y restaurar las estructuras orales tras el tratamiento multidisciplinario del cáncer.

e) Efectuar tratamientos ortopédicos y protésicos rehabilitadores.

Las prótesis, todas, deben ajustarse a la fisiología y anatomía del paciente, y no esperar a que se adapten por sí solas.

El diagnóstico precoz de la lesión y un pronto tratamiento en un centro oncológico son factores que determinan un mejor pronóstico del caso. (13-14).

Conclusiones

El microtrauma continuo y repetido de las prótesis bucales sobre la mucosa que las soportan pueden originar lesiones crónicas ulcerosas y/o lesiones blancas. Este traumatismo crónico sobre la mucosa se considera un factor externo local predisponente al cáncer bucal. Para minimizar el trauma protésico, las prótesis bucales deben construirse correctamente y, lo que es más difícil, mantenerse correctamente a través del tiempo bien adaptadas, consiguiendo un buen ajuste, una oclusión estable y controlando los hábitos parafuncionales. Lo más importante es la prevención primaria orientada a los factores de riesgo, el diagnóstico precoz de la lesión cancerosa y remitir al paciente a un centro oncológico

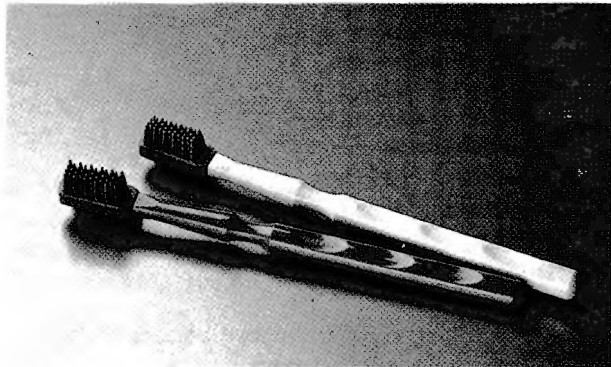
Bibliografía

1. BUDTZ-JÖRGENSEN, E.: Oral mucosal lesion associated with the wearing of removable dentures. *J Oral Pathol*, 1981; 10: 65-80.
2. MAC ENTEE, M. I.: The prevalence of edentulism and diseases related to dentures a literature review. *J Oral Rehabil*, 1981; 12: 195-207.
3. CABALLERO HERRERA, R.; BRU DE SALA, C.; ADELER MEGIAS, V.: Hiperplasias fibrosas por prótesis (Y). *Gaceta Dental*, 1989; 49: 20-22.
4. BORAKS SILVIO: Diagnóstico bucal. *Artes Médicas*, 1956; 281-289.
5. FERNÁNDEZ, L.; ESCUDERO, C.: Factores irritativos dentales y prótesis en la carcinogénesis bucal (Y). *Anm Esp Odontoestomatología*, 1966; 7: 229-39.
6. PINDBORG, I. J.; et al: Studies in oral leukoplakia. V. Clinical and histological signs of malignancy. *Acta Odonto Scand*, 1963; 21: 407.
7. GORSKY, M.; SILVERMAN, S.: Denture wearing and oral cancer. *J Prosthet Dent*, 1984; 52(2): 164-166.
8. WRIGHT, J. M.: Oral precancerous lesion and conditions seminarsin dermatology, 1994; 13(2): 132-137.
9. SILVERMAN, S.: Oral cancer. *Seminars in dermatology*, 1994; 13(2): 132-137.
10. MALEY, M. et BARTHELEME, E.: Les cancers de la cavité bucale et de l'oropharynx. Paris: Masson, 1987.
11. ACHARD J. L.: Odonto-Stomatologie. Paris. Maloine, 1988: 159.
12. RASCHE, L. R.: Totale prothese uns Schleimhauterkrankung. *ZWR*, 1982; 91: 36-41.
13. BERTOIN, P. Cancer de la cavité bucale. *E.M.C. Stomatologie*, A 10, 1983.
14. THUMFART, W.; WEIDENBECHER, M.; WALLER, G.; PESCH, H. J.: Chronic mechanical trauma in the aetiology of oro-pharyngeal carcinoma. *Maxilloface Surg*, 1978; 6: 217-221.

Correspondencia:

Rafael Caballero Herrera
Catedrático de Patología Médica Bucal
Facultad de Odontología
Universidad de Barcelona
C/ Duran i Sors, nº 1, Pº 1, esc. C.
08201 Sabadell (Barcelona)

NOTA DE PRENSA



Oralgum, el cepillo indispensable para una mejor higiene buco dental ya preconizada por numerosos dentistas

Con Oralgum, el único cepillo de caucho natural, encías más sanas para proteger mejor sus dientes.

Unas encías sanas:

Oralgum no es un cepillo de dientes tradicional, también es un cepillo para encías que permite masajearlas y fortalecerlas sin traumatismos. El masaje de Oralgum mejora la tonicidad de sus encías y favorece la eliminación de bolsas de bacterias. Las personas propensas a los sangrados gingivales se sorprenderán al comprobar después de algunos días de utilización que los sangrados disminuyen, incluso desaparecen.

Las encías reforzadas se hacen entonces garantes de la buena salud de sus dientes.

Oralgum enemigo de la placa dental:

Gracias al movimiento vibratorio de sus puntas de caucho, Oralgum efectúa un verdadero pulido del diente. Su uso regular favorece la eliminación de la placa dental, disminuyendo así los riesgos de gingivitis y la formación de bolsas periodontales. De hecho Oralgum prolonga los beneficios de la desincrustación efectuada por su dentista.

El brillo de los dientes al natural:

La cabeza de caucho de Oralgum borra las manchas desagradables de café, té o de nicotina, preservando el esmalte de los dientes. Los dientes guardan entonces su blancura natural sin artificio.

Oralgum, modo de empleo:

Oralgum se utiliza con o sin dentífrico. Si utiliza Oralgum como complemento, hágalo después del cepillado, simplemente con agua. La técnica de cepillado es idéntica a la utilizada para los cepillos con filamentos de Nylon.

Gracias al pulido de Oralgum, la sensación de limpieza después del cepillado es verdaderamente perceptible.

Exclusivamente en Farmacia

ORALGUM

El placer de sentirse mejor en su boca

CAMPO BASE

Apdo. de Correos 25 - 28760 TRES CANTOS
Telf./Fax: 91 845 77 32