

MALOCCLUSION Y REABSORCION ALVEOLAR COMO FACTORES ETIOLOGICOS EN LOS TUMORES ORALES

por los

Dres. H. A. Salomón y E. M. Burke

LA maloclusión y la reabsorción alveolar debieran ser consideradas como factores etiológicos en las neoplasias orales. Estos factores debieran ser catalogados, como el tabaco, la sífilis, la falta de higiene, etc.

Mientras actualmente estos procesos están firmemente asociados, nosotros los vamos a considerar separadamente por motivos de su exposición.

Oclusión, puede definirse brevemente como el acto de cerrar las mandíbulas, poniendo en contacto los dientes, como en el acto de la masticación.

Todos los profesionales han reparado en la importancia de la alineación de los dientes naturales y artificiales.

Alineados y en oclusión perfecta los dientes naturales o artificiales están de tal forma dispuestos que permiten la correcta oposición de los dientes, sin que las cúspides se interfieran o la sobrecarga.

De estar un diente fuera de su alineación, sobre él recaerá un exceso de carga así como sobre sus estructuras. En lugar de transmitirse la fuerza de la masticación sobre varios dientes y ser distribuída sobre una mayor área, se concentra dicha carga sobre o alrededor del diente en maloclusión. Black ¹ halló ser el término medio de la fuerza ejercida por los molares el de 85 kilos, valor en una investigación sobre mil personas. Es innecesario recalcar que esta fuerza de tal magnitud, mal aplicada, puede producir considerable perjuicio en estructuras dentadas impropiamente formadas.

Lorrin ² dice así:

“Pocas gentes poseen una resistencia suficiente para contrarrestar indefinidamente una oclusión traumática. El resultado es que, a menos que la oclusión traumática se corrija, tarde o temprano los tejidos periodontales claudicarán.”

La reacción al traumatismo oclusal varía con el individuo como cualquier otra forma de irritación. Como ya se ha dicho, ³ no es lógico suponer que haya personas que dispongan de tejidos con poder suficiente de reparación y desarrollo, proliferación que resulta del intento del organismo de reemplazar las estructuras óseas reabsorbidas en un esfuerzo para evitar la pérdida del diente.

Los tejidos hiperplásicos resultantes, al parecer normales, como Mead ⁴ y otros afirman, “del periostio al borde del proceso alveolar” o el tejido conjuntivo entre el periostio y la encía.

Al examen ³ microscópico de estas lesiones se revela un desarrollo de tejidos de nueva formación. Otros puntos similares se aprecian, tales como el engrosamiento de la superficie epitelial, con ulceración y pérdida de la membrana de cubierta. En relación con su origen inflamatorio, la infiltración plasmática es una parte integral de los tejidos. El tejido fibroso forma el fundamento, apreciándose distintos grados de actividad celular. El tejido próximo hiperplásico, que puede clasificarse como épulis, contiene, algunas veces, áreas, en las que aparece hueso degenerado.

Los tumores gingivales angiomatosos, con la multiplicidad de sus vasos dilatados, muestran una gran variación de tamaño en sus vasos. La observación ha demostrado que estas irritaciones crónicas pueden dar lugar a desarrollos de epúlides o epiteliomas de continuar el tiempo suficiente.

Como ya se ha informado, ³ nosotros hemos obtenido resultados satisfactorios en la eliminación de muchos épulis con el ajuste de la oclusión. La oclusión de los dientes es controlada por el papel de articular, cuya mayor presión se reconoce por la mayor marca del carbón. Estas áreas marcadas de carbón deben devastarse con piedras de fino corborundum y puli-

das después con discos especiales de goma. Es conveniente aducir que este procedimiento no es perjudicial para el diente haciéndolo propiamente.

Este tratamiento conservador no sacrifica el valor funcional o estético ni la salud del diente. Sin embargo, el tratamiento ortodóncico de los pacientes jóvenes y la extracción en los adultos de edad avanzada, debe ser tenido en cuenta.

La reabsorción alveolar puede ser descrita como pérdida de sustancia ósea del borde alveolar por lisis. Esto ocurre no solamente en las regiones vecinas a los dientes naturales en maloclusión, como acabamos de describir, pero asimismo en el borde alveolar de arcadas parcial o totalmente desdentadas.

La reabsorción del borde alveolar en crestas de bocas desdentadas permite a la periferia de la placa dental el cortar la mucosa bucal, representando esto una continua fuente de irritación. Ewing⁵ se expresa así: "Sueñas o ajustadas las placas raspan y llagan la mucosa, y después de meses o años puede desarrollarse un cáncer". En muchos casos el paciente pretende masticar utilizando su dentadura superior completa y los dientes naturales inferiores sin molar alguno. La ausencia de molares naturales o artificiales causa a la placa superior la falta de equilibrio posterior, originando un exceso de presión en el borde alveolar anterior. La presión continuada en el borde anterior causa una reabsorción mayor en esta región, en comparación con el borde posterior. Esta acción, repetida, ocasiona el que el borde anterior de la placa se extienda vestibularmente hacia arriba, traumatizando la mucosa.

Este proceso invariablemente da lugar a hipertrofias fibromatosas del labio. Muchas de estas lesiones se ulceran y se quedan infectadas crónicamente.

Estas lesiones pueden reducirse por medios mecánicos y quirúrgicos, eliminando la acción traumática por la inserción de dientes artificiales posteriormente, de manera que se equilibre la presión, y recortando la placa en la parte correspondiente a la acción irritante.

Un especial esfuerzo debe dirigirse para impresionar al paciente y obligarle a una visita periódica al dentista. Desgraciadamente mucha gente cree que tan pronto como ellos dispo-

nen de dentaduras completas han terminado con los sufrimientos. Pero esto no es el caso dado que el reborde alveolar se reabsorbe y cambia, aflojándose o desajustándose las placas e inflamándose e infectándose las encías. El replanteamiento u otros cambios son necesarios para la función normal y confortabilidad.

El fracaso de la restauración protética puede resultar de la maloclusión y reabsorción alveolar. Los dientes que limitan los espacios desdentados reciben la presión masticatoria más concentrada, y de continuar aún poco tiempo, en algunos casos puede originar molestias.

Gottlieb, Orbán, Diamond ⁷ y otros han patentizado el detalle de que "la erupción fisiológica de los dientes continúa y es regida por la fuerza de la oclusión". Por ejemplo, si los dientes naturales inferiores se pierden, sus oponentes continuarán su erupción pasando de la línea normal de oclusión, dando lugar a una oclusión traumática para los dientes vecinos y estructuras de soporte.

Por todas estas razones, todos los dientes extraídos, excepto los terceros molares, deben ser reemplazados por sustitutos artificiales. Simpson, ⁸ Bloodgood, ⁹ Ewing ⁵ y otros, han señalado repetidamente la importancia de eliminar las lesiones precancerosas orales. Como resultado de nuestras observaciones clínicas estamos impresionados con los perjudiciales efectos que la maloclusión de los dientes naturales y artificiales puede ocasionar. Esperamos que este tema atraiga en el futuro una mayor atención.

Per J. A. D. A., 28: 1, 1941.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Black, G. V.: *Operative Dentistry*. Chicago; Médico-Dental Publishing Co., 1908, Vol. I, pp. 161-171.
- 2.—Lorrin, Sidney; Traumatic Occlusion, *D. Items Int.*, 53: 425, June 1931.
- 3.—Salomon, H. A., and Burke, E. M.; Malocclusion and Benign Gums Tumors. *D., Cosmos*, 77: 65, January 1935.
- 4.—Mead, S. V.; *Diseases of Mouth* St Louis; C. V. Mosby Co., 1930.

- 5.—Ewing, James; Causes and Diagnosis of Intra-Oral Carcinoma Bull, Chicago D., Soc., 9: 6, June 21, 1929.
- 6.—Salomon, H. A.; Oral Hygiene in Cancer Control Clin. Med. Surg., 41; 275-277, June 1934.
- 7.—Gottlieb; Bernard; Orban, Balint and Diamond, Moses; Biology and Pathology of Tooth and Its Supporting Mechanism, New-York Macmillan Company, 1938, pp. 138-142.
- 8.—Simpson, B. T. Malignancy and Its Relation to Dentistry. D. Cosmos, 69: 815, August 1927.
- 9.—Bloodgood, J. C. Precancerous Lesions of Oral Cavity J. A. D. A. 16: 1353-1767, August 1929.
Reprint 216; "Ultimate Result and Cancer Research Fund".

Sobre el origen de la palabra shock.—Es frecuente atribuir a J. Latta la designación mediante la palabra shock del estado de depresión de las funciones vitales consecutivo a grandes traumas físicos o psíquicos, ya que empleó este término en su libro "A practical System of Surgery" (Londres, 1795); sin embargo, según Scuder, la palabra shock apareció por primera vez en la traducción al inglés de la obra francesa de Le Dran "A Treatise or Reflections. Drawn from Practice on Gunshot Wounds" (Londres, 1743). Woolcomb describe, treinta y cinco años antes que Latta, el caso de un muchacho muerto a consecuencia de una herida por aplastamiento y emplea ya este término ("The Philosophical Transactions of the Royal Society of London", 13, 21; 1770). Ya en 1733, Stephen Hales observa en su trabajo "Statistical Essays, 2.º t. Woodward", que no existe relación en los animales sangrados hasta la muerte entre la cantidad de sangre perdida y el descenso de la presión sanguínea, aun cuando no empleó este término. per "Med. Esp".