

**ALTERACIONES HISTOLOGICAS EN LOS TEJIDOS COMO  
SOPORTES DE PLACAS PROTESICAS**

por el

DR. ANGEL GUERGUÉ

616.314-089.28-06

Entre las alteraciones histológicas que las restauraciones protésicas pueden motivar en los tejidos orales de soporte, las más frecuentes e inevitables son aquellas de orden eminentemente mecánico. Dejemos a un lado en estas consideraciones la que pudiera desprenderse de la técnica de impresión o, asimismo, del registro de la relación oclusal, como del prensado del material definitivo, etc.; es decir, consideremos únicamente aquellos cambios inherentes al trabajo mecánico de la restauración en función fisiológica, masticatoria más propiamente.

Sobre este estudio nos ofrece Pendleton un informe redactado con acopio de más de cien casos de desdentados en los que fueron realizadas oportunamente sus correspondientes biopsias. Biopsias sobre tejidos tomados desde la región de la tuberosidad maxilar o de las superficies labio-bucales hasta los de la cresta maxilar y mandibular. La edad de los sujetos variaba de los treinta y tres a los setenta y cinco años, correspondiendo a portadores de restauraciones protésicas que las utilizaron desde seis meses atrás a veinticinco años. Todos los pacientes con los que fueron hechos estos estudios de Pendleton gozaban de buena salud.

Los dispositivos protésicos objeto de este estudio comprendían todos los tipos de restauraciones: dentaduras parciales con antagonistas naturales y artificiales, dentaduras completas superiores e inferiores y dentaduras completas con antagonistas suplidos artificialmente sólo en parte.

En la mucosa, observada como normal, de sujetos que sirven de comparación se aprecia el epitelio corneal poliestratificado, de células poliédricas, aplastadas, con ausencia de cemento intracelular, compensados por filamentos que unen los retículos protoplasmáticos de las células entre sí. La capa papilar basal del tejido conectivo se muestra de regular formación y libre de signo inflamatorio alguno. Cuadro, en fin, característico de la mucosa desdentada y que no es portadora de restauración dentaria alguna.



Típico de este cuadro es la imperfecta cornificación (paraqueratosis), más precisamente acantosis, caracterizándose también por un aumento del número de células y del espesor de la cara germinativa.

Clínicamente se manifiesta esta situación por una hipertrofia mucosa.

Orban, citado por Pendleton, considera estas formas de epitelio dentro de los límites normales encontrados en el tejido gingival. El tipo paraqueratósico es el que se encuentra en las crestas alveolares, así como en las zonas o áreas soportes de las placas dentales, mientras que la corneal o zonas corneales aparecen en los límites de las crestas del borde alveolar. No obstante, ambos tipos se entremezclan en el mismo campo. La hiperqueratosis no se limita exclusivamente, pues, a los portadores de placas dentales, pues se observa lo mismo en los desdentados sean o no usufructuarios de restauración protésica.

Lo que resulta de incierta significación es el hecho de que en unos u otros, portadores o no de placas, la mucosa se encuentra muy generalmente libre de signos inflamatorios, lo que le hace a Thoma señalar una leucoplasia, raramente instalada en una zona inflamatoria.

Este aspecto normal de la mucosa habría de estar necesariamente afectado por las influencias mecánicas de las placas dentales, ya que lo mismo la carga que el movimiento mecánico-funcional tienen que suponer un trabajo que juegue un papel en los cambios tisulares. Efectivamente, con esta idea Pendleton ha practicado diferentes cortes histológicos (incluyendo la región del primer bicúspide) en una mujer de mediana edad que era portadora de una dentadura desde cinco años atrás, y de cuya observación microscópica pudo apreciar una típica acantosis con epitelio paraqueratósico que dominaba la mayor parte de la zona. En este caso se mostraba un cambio similar en ambos lados de la arcada, lo mismo el derecho que el izquierdo. En otros casos estudiados, las variaciones de aspecto del epitelio no son claramente significativas. Estas diferencias pueden ser atribuidas a las particularidades mecánicas de cada caso y, como Gysi lo subrayó en 1929, producto de las fuerzas horizontales, que representan un intenso e intermitente estímulo, favorable a la formación corneal del epitelio tegumentario, causa suficiente, según el autor suizo, para poder apreciar una zona correspondiente subepitelial inflamatoria. Es decir, que serían fuerzas de acción poco continua, que, dando lugar a un exceso de cornificación celular, paraqueratósica, carecerían de acción suficiente para determinar efectos inflamatorios.

Naturalmente que todo estos efectos se encuentran supeditados a las condiciones generales del sujeto, ya que la más desfavorable si-



tuación local puede compensarse, y se compensa en tantos casos, por una salud general del paciente, pues no puede olvidarse que en la enfermedad o en su predisposición las alteraciones metabólicas, el desequilibrio endocrino, las deficiencias vitamínicas, etc., lo mismo circunstanciales que constitucionales, son capaces de determinar en su momento y en su localización el cuadro típico de lo anormal o patológico.

En esta situación, el tejido laxo, constituido por células aplanadas y escasas, separadas por haces colágenos flojos y dispuestos en todas direcciones, es grandemente extensible y elástico, que, sirviendo de medio de sostén, es por aquella propiedad muy tolerante para las fuerzas que sobre el epitelio de revestimiento actúan, es decir, sobre las dentaduras que soportan.

Es el tejido conectivo laxo, con sus fibras elásticas, el que en todas direcciones proporciona a la mucosa oral esos caracteres que objetivamente se aprecian por un mayor o menor movimiento y elasticidad. Tejido conectivo en cuya vasta red de hacelillos y fibras elásticas se puede apreciar unos espacios vacíos o lagunas conjuntivas (Cajal) que alojan el plasma linfático y algunas células aplanadas. Estas lagunas conjuntivas representarían también dispositivos de amortiguación para las fuerzas mecánicas, lo que explicaría la falta de signos inflamatorios aun en los casos en que dichas fuerzas mecánicas se ejerzan de la más desfavorable manera. Y nos referimos a estos signos inflamatorios por cuanto desconocemos otros caracteres, de generación, por ejemplo, que sobre los tejidos conjuntivos o epiteliales se impongan por efectos de las desordenadas fuerzas mecánicas ejercidas sobre los aparatos de restauración dental. Signos inflamatorios que aparecen sobre el tejido conectivo que rodea los vasos y caracterizados por una más o menos ligera infiltración y concentración de las fibras colágenas, como justificando la persistente acción de las fuerzas mecánicas, a cuya oposición se dispusieron las fibras elásticas.

Estas fibras aparecen en mayor concentración por campo en aquellas zonas sometidas a mayores movimientos, como son los espacios bucales del vestíbulo, concentración caracterizada, además, por ser mayor también el grosor de los haces de fibras colágenas, haces y fibras cásticas que se aproximan claramente a las crestas alveolares en los casos de tejidos que soportan placas protésicas.

Si ciertamente resulta difícil determinar el óptimo de trabajo del tejido epitelial o conjuntivo cuando está sometido en los desdentados a un trabajo funcional por su placa restauradora, ha de persistir la misma dificultad para determinar el número de haces colágenos o fibras elásticas que clasificarían la zona como afecta de sobrecarga. Sin em-



bargo, y siendo difícil esta determinación, y no sólo clínicamente en tantos casos, sino aun micrográficamente por la biopsia, esta sobrecarga se sigue traduciendo al soporte óseo, soporte que en los desdentados portadores de placas se ven sometidos a fuerzas que, al parecer, no resultan fisiológicas, por lo menos si nos guiamos en cuanto a la disposición de los sistemas de Havers.

Si estos efectos sobre la disposición de las trabéculas óseas no pueden ser de naturaleza exclusivamente mecánica, por muchas o grandes que sean estas fuerzas, sino que por ejercerse en el organismo han de concurrir en sus consecuencias su condición biológica. Lo difícil siempre resulta ser el equilibrio perfecto, pues si un estímulo es necesario para todos y cualquier elemento orgánico, el exceso de éste, como su ausencia total, necesariamente han de determinar atrofia o degeneración.

Estos efectos, lo mismo en los tejidos conjuntivos y epitelial que en el óseo, estarán en relación, repitamos, con el estado general del sujeto, la disposición local de la cresta en el momento de la instauración de la placa dental, así como de los caracteres estimulantes o injuriosos de estas fuerzas.

El estado inflamatorio de la cresta en el momento de la instauración de los aparatos protésicos habrá que poder descartarlo del producido por la misma intervención exodóncica, sobre todo en aquellos portadores de placas construídas inmediatamente o en un plazo menor de sesenta días. De acuerdo con este plazo, los signos inflamatorios van revirtiéndose, disminuyendo la infiltración entre los haces colágenos del conectivo; en los usufructuarios de aparatos, esta infiltración aparece más localizada y este de tipo subepitelial, como respondiendo quizás a la imposibilidad de ejercerse sobre la mucosa una fuerza uniforme, dada la heterogeneidad del basamento sólido y de su revestimiento, por un lado, y la falta de experiencia funcional, por otro; es decir, por parte del propio sujeto o portador.

## R E S U M E N

En definitiva, que los cambios tisulares más aparentes en primera intención son los que afectan a las células del epitelio de revestimiento, cambios consistentes en la mayor o menor cornificación de la zona estratificada y de muy localizada extensión, cambios que afectan asimismo a la capa germinal, a toda la zona de Malpigio. La injuria mecánica, aun con fondo orgánico general favorable, puede llegar a determinar la proliferación mucosa del tejido tegumentario.



Mientras tanto, en el tejido conjuntivo se aprecian los vasos con extravasación de sus corpúsculos, que anidan en las lagunas conjuntivas, entrecruzándose los haces colágenos y las fibras elásticas aumentadas en número.

En el tejido óseo se manifiesta una evidente reabsorción, en el caso de manifiesta sobrecarga, como el de una simple y bien graduada reparación, si la fuerza que soporta no sobrepasa el óptimo estimulante necesario. En los desdentados totales es muy frecuente apreciar este exceso de carga en la región de los molares cuando las placas son proyectadas (considerando una equivocada comodidad) excesivamente cortas distalmente, lo que motiva necesariamente una sobrecarga mayor o directamente proporcional a la sección, parabólica, longitudinal de la cresta.



*Estudio de las afecciones dentarias como ayuda diagnóstica en la fiebre reumática*, M. Entine.—“*Jour. Amer. Dent. Ass.*”, vol. 38.

Conclusiones: 1.ª Hay razón para pensar que en ciertos casos la presencia de una capa, al parecer de mucina, de color marrón anaranjado, depositada alrededor del cuello de los dientes y de su cara oclusal, puede ser un síntoma de fiebre reumática.

2.ª En el 33 por 100 de casos de fiebre reumática se ha comprobado la existencia de una gingivitis no supurada.

3.ª El índice C. R. E. (caries, restauraciones, extracciones) para los individuos normales entre los cuatro y los diecisiete años es de 8'1. En la misma edad en los individuos afectados de reumatismo febril, dentro del mismo nivel social, este índice es de 13'2, lo que representa alrededor de un 60 por 100 más de caries dentaria en los pacientes reumáticos que en los individuos normales. Esto parecía indicar una relación definida entre los estreptococos del reumatismo febril y la actividad fuertemente desarrollada de los estreptococos sobre los dientes, en los que provocan caries.

4.ª En el estudio clínico de este artículo la caries activa está presente en un número suficiente de casos de reumatismo para permitir se le incluya en la lista de síntomas menores, como epistaxis, náuseas, pérdida de peso y fiebre.—J. FONT.