

# SENSIBILIZACION ALERGICA DE LA PIEL Y MUCOSA BUCAL FRENTE A LAS SUSTANCIAS DE LAS DENTADURAS ACRILICAS (\*)

por el

DR. ALEXANDER A. FISHER

Las dentaduras artificiales y las piezas dentarias se construyen en su mayor parte con resinas acrílicas que se dispensan bajo dos formas: un polvo monómero y un líquido polímero, los cuales se mezclan por el mecánico dentista o por el odontólogo para hacer una pasta; la otra forma es una especie de gelatina, en la que el fabricante ha mezclado ya el polímero y el monómero. El líquido monómero es metacrilato de metilo y el polvo es metacrilato de polimetilo. Cuando se mezcla el líquido y el polvo o se calienta el gel, se efectúa la polimerización y la mezcla se endurece para formar el material plástico de color de rosa.

Además de estos materiales para las dentaduras artificiales que necesitan calor para la polimerización, se usan similares que se polimerizan a la temperatura de la habitación. Estas resinas autopreparadas se producen por polimerización de una mezcla de metacrilato de metilo monómero y de polvo de metacrilato de polimetilo con un peróxido orgánico y un acelerador. Las resinas autopreparadas no deben tener las mismas propiedades mecánicas que las polimerizadas a temperaturas altas y contienen una cantidad de monómero residual algo mayor que las resinas preparadas con el calor.

Las comunicaciones de la literatura varían mucho por lo que respecta a la irritación primaria y poder sensibilizante de estas sustancias sobre los mecánicos dentistas y odontólogos. Todavía son mayores las divergencias en relación con la frecuencia de la irritación y sensibilización de la mucosa bucal en los individuos que usan dentaduras acrílicas.

Una revisión de las comunicaciones existentes indica que pueden dividirse las reacciones en las siguientes clases: 1), una forma de dermatitis alérgica y eczematosa por contacto, la cual afecta a los

---

(\*) "J. of the Amer. Med. Ass.", 1954, 156, 238.

odontólogos, y 2), una estomatitis alérgica (llaga de la boca por la dentadura), que se presenta en los que usan dentaduras postizas. Los casos examinados por el autor entran también dentro de estos dos grupos.

*Forma de dermatitis por contacto.*—Se han comunicado por otros autores casos de esta forma de dermatitis alérgica y eczematosa, observada en las manos y en la cara de los odontólogos; la causa fué el monómero acrílico. En uno de ellos se obtuvo una prueba del parche fuertemente positiva, sin consignar claramente si se realizaron pruebas separadas con el polímero y el monómero. Personalmente, el autor ha examinado cuatro pacientes con intensa dermatitis de las manos, causada por la hipersensibilidad alérgica frente al líquido monómero, según demostraron las pruebas del parche. Las dermatitis de estos pacientes desaparecieron rápidamente cuando se excluyó el monómero, y reaparecieron inmediatamente con la nueva exposición al agente. Los datos clínicos de estos casos se exponen a continuación:

Caso 1. Odontólogo, de cincuenta y un años. Dermatitis crónica de la mano derecha desde hace ocho meses, caracterizada por vesiculación, rubicundez y fisuras, más intensas en los dedos pulgar e índice.

Caso 2. Odontólogo, de cuarenta y cinco años. Dermatitis crónica de la mano derecha desde hace un año, más intensa en los tres primeros dedos, caracterizada por gran sequedad y fisuración. Ocasionalmente, agudizaciones de la dermatitis con vesiculación.

Caso 3. Mecánico dentista, de cincuenta y cinco años. Dermatitis intensa en ambas manos desde hace ocho meses, caracterizada por rubicundez, tumefacción, vesiculación, descamación, sequedad y fisuración. La afección mejoraba los finales de semana y durante las vacaciones. Este paciente tuvo que interrumpir definitivamente su trabajo de mecánico dentista a causa de su hipersensibilidad al líquido monómero. Es interesante que el paciente usase dentadura acrílica sin molestias bucales.

Caso 4. Mecánico dentista, de cuarenta y seis años, con dermatitis de ambas manos desde hace cuatro meses. El cuadro clínico era semejante al del paciente anterior. También usaba sin molestias una dentadura acrílica.

Primero se demostró que la dermatitis alérgica y eczematosa se debía a la sensibilización frente al metacrilato de metilo (líquido monómero), por las pruebas del parche y por la observación de la respuesta a la exclusión y a la exposición, y después se realizaron prue-

bas de la sensibilidad frente a las sustancias siguientes: 1), el monómero usado en el material dental preparado por el calor; 2), el monómero autopreparado; 3), el polvo polímero; 4), un disco hecho con material monómero autopreparado y con el polímero; 5), un disco preparado por el calor con monómero y polímero; 6), una barra de Luxene, la cual se hace con acetato vinílico y cloruro vinílico y se le da plasticidad con una pequeña cantidad de metacrilato de metilo monómero, y 7), una dentadura artificial entera, sujeta sobre el antebrazo durante cuarenta y ocho horas.

Sólo se obtuvieron reacciones frente al monómero autopreparado y frente al monómero corriente, consistente en eritema, edema y vesiculación en los cuatro casos, siendo también positivas las reacciones frente al disco autopreparado, las cuales consistieron solamente en eritema y edema.

*Estomatitis por las dentaduras artificiales.*—Con el término de “llagas de la boca, producidas por las dentaduras artificiales”, se comprenden todas las alteraciones de la mucosa bucal debidas a dichos aparatos protésicos, tanto si la causa es alérgica como si es traumática o tóxica. Algunos autores designan la estomatitis alérgica por las dentaduras artificiales con el nombre exclusivo de “estomatitis venenata”. El paciente puede sentir una sensación urente, dolor, sequedad o tialismo. El examen de la mucosa bucal puede descubrir rubicundez punteada o difusa con y sin erosiones. A veces, la mucosa bucal tiene un aspecto normal, pero el paciente se queja de dolor en la boca cuando se coloca la dentadura. Por otra parte, el examen corriente puede encontrar una huella profunda y roja de la dentadura, sin que el paciente se queje de molestias por el uso de la misma.

El autor ha observado 20 pacientes con llagas bucales debidas al uso de dentaduras acrílicas. Todos los casos eran mujeres, sin poder explicarse este exclusivismo sexual. Cuatro de estos casos (cuyas historias clínicas publica) presentaron reacción positiva frente a la dentadura acrílica fijada durante cuarenta y ocho horas en el antebrazo. Tres de éstos no mejoraron por el cambio de su dentadura por otra de otro tipo, y uno de dichos cuatro casos presentó reacción alérgica frente al monómero, pero pudo usar sin molestias una dentadura acrílica preparada con el calor. En ningún caso pudo probarse que la hipersensibilidad alérgica frente a la dentadura acrílica fuese la causa de las estomatitis producidas por la dentadura artificial.

Por último, el autor establece las conclusiones siguientes: el líquido monómero de metacrilato de metilo es sensibilizante y capaz de producir un tipo alérgico de reacción eczematosa por contacto en la piel y en la mucosa bucal. Cuando se polimeriza por completo no produce sensibilización ni desencadena reacciones alérgicas. No se encontró ningún caso de reacción alérgica frente a las dentaduras acrílicas preparadas por el calor. El material de las dentaduras acrílicas autopreparadas contiene suficiente cantidad de monómero sin polimerizar para producir reacciones en los pacientes con sensibilización al monómero. Por consiguiente, bastan las pruebas cutáneas con monómero solo. Muchas personas sin hipersensibilidad reaccionan a la dentadura colocada durante cuarenta y ocho horas sobre la piel del antebrazo, con rubicundez, papulación y hasta con vesiculación, debido al efecto anespecífico de la presión, puesto que el examen histológico demuestra la ausencia de reacciones eczematosas. (*A. C. del A.*, per. "Alergología", 1362.)

---

*Acción erosiva de varios jugos de fruta sobre los molares inferiores de la rata blanca*, por WYNN, W., y HALDI, J. ("J. of Nutrition", 1948, 35-489).

Se comprobó la erosión de estos dientes dando a estos animales diariamente, como única fuente de aporte líquido y durante cien días, los siguientes jugos de frutas: manzana, uva, naranja, tomate, piña y ciruela.

Parece haber una relación, pero no una estricta correspondencia, entre el grado de acidez de los jugos y la cantidad destruída de diente.