

## TIPURI DE REACȚII HISTOMORFOLOGICE ALE MUCOASEI CÎMPULUI PROTETIC \*

A. Antalffy, E. Iara

Problema modificărilor mucoasei bucale datorate protezelor dentare, constituie azi o temă foarte actuală și mult discutată în literatura de specialitate, totuși încă insuficient elucidată.

În mod practic nu există mucoasă bucală care să nu reacționeze la contactul cu aparatele protetice (5, 6, 9). Proteza mobilă sprijinită mucosal provoacă reacții inerente la nivelul țesuturilor (2), care prin structura lor funcțională nu au sarcina biologică de a suporta presiunile ce iau naștere în timpul masticăției. Reacțiile față de proteză-corp străin în cavitatea bucală — depind de factori favorizanți generali și locali (1, 8). Dacă stresul produs depășește limita toleranței fiziologice a țesuturilor, apare îmbolnăvirea ce poate fi denumită cu termenul general de stomatopatie protetică. În etiologia acestei afecțiuni se incriminează o serie de factori ce acționează complex, aceștia putînd fi de ordin mecanic, septic și alergic (1), sursa lor comună fiind proteza, condiționată de proiectare, execuție și materialul din care este confecționată. La rîndul ei, răspunsul local la acțiunea protezei este determinată de reactivitatea biologică, ce variază de la individ la individ, în funcție de anumiți factori generali.

În vederea cunoașterii schimbărilor histomorfologice ce apar la purtătorii de proteze mobile acrilice cu placă sprijinită mucosal, am studiat prin metoda biopsiei mucoasa cîmpului protetic. Această problemă a constituit obiectul unor cercetări întreprinse de autori ca Eisenring (3), Gasser (5), Faske și Morgenroth (4, 8), Nicolau și colab. (10) și alții.

---

\* Lucrare prezentată la Consfătuirea cu tema: tratamentul edentației parțiale întinse, Cluj 11 mai 1968.

## Material și metodă

Cercetările noastre se referă la un material recoltat de la 20 purtători de proteze mobile superioare sprijinite mucoasal, parțiale sau totale, confecționate din acrilat. Acești pacienți s-au prezentat la Clinica de stomatologie ortopedică din Tirgu Mureș, cu proteze corespunzătoare și necorespunzătoare funcțional, cu sau fără stomatopatii protetice, prezentînd acuze subiective sau modificări obiective. Dintre pacienții examinați 11 au fost bărbați și 9 femei, de cele mai variate profesii. Vîrsta lor a fost cuprinsă între limitele de 50 și 80 ani, iar durata protezării între 1—19 ani.

În fiecare caz după examenul clinic, am recoltat prin excizie cu bisturiul material pentru examen bioptic din zone ca palatul dur, creasta alveolară laterală superioară sau creasta alveolară frontală superioară. Piesele recoltate au fost fixate în formol 10%, prelucrate prin includere în parafină și colorate cu Hema-loxilina-Eozină.

Am urmărit materialul nostru atît din punct de vedere al duratei purtării protezei, a existenței sau absenței modificărilor clinice obiective și acuzelor subiective, a zonei topografice de unde s-a executat recoltarea, cît și a valorii funcționale a protezei (vezi tabelul nr. 1). Aprecierea preparatelor histologice s-a făcut după caracterul reacțiilor epiteliale și conjunctive, în funcție de gravitatea lor.

## Rezultate

Tabloul histopatologic găsit ne-a oferit posibilitatea gradării modificărilor în leziuni pe care le-am notat drept minime, intermediare și maxime.

Au fost etichetate ca *leziuni minime* modificările ce se caracterizează sau printr-o moderată hiperplazie epitelială sau printr-un epiteliu cu aspect normal, prezentînd doar o hiperparakeratoză moderată. Hiperplazia este manifestată prin îngroșarea epitelului cu ondularea redusă a suprafeței, asociată cu o keratinizare de tip parakeratotic. În cazul hiperplaziei am mai constatat ștergerea limitelor celulare, citoplasma celulelor prezentîndu-se sau omogenizată, sau pe alocuri vacuolizată. La nivelul limitei inferioare a epitelului crestele epiteliale interpapilare sînt ușor alungite, ascuțite sau rotunjite, stratul bazal fiind însă totdeauna net delimitat. Țesutul conjunctiv subiacent este dens, cu fibre conjunctive relativ sărace în elemente celulare, eventual cu zone de omogenizare (hialinoză). În unele cazuri țesutul conjunctiv este edematos, prezentînd o structură mai laxă. Vascula-rizația apare normală (vezi figura nr. 1).

*În leziunile intermediare* epitelul se prezintă pronunțat hiperplaziat cu o parakeratoză sau hiperparakeratoză, crestele epiteliale interpapilare fiind arbo-rescente sau uneori reproducînd tabloul unei ploriferări pseudoepteliomatoase, delimitarea epitelului însă bine păstrată. Pe lângă infiltrația leucocitară a straturilor epiteliale inferioare (epelită) poate apare și un edem intracelular. Epitelul sub acest aspect întrunește toate caracterele unui epiteliu pavimentos agitat. Țesutul conjunctiv subiacent prezintă un infiltrat limfo-histiocitar de densitate variată, dispus nemijlocit subepitelial, putînd infiltra uneori și straturile mai profunde. Fibrele conjunctive sînt sclerozate, omogenizate. Vasele apar cu pereți îngroșați, cu o hiperemie capilară (vezi figura nr. 2 și 3).

*Leziunea maximă* se traduce în etajul epitelial printr-o hiperplazie de gro-sime variată. De asemenea nu lipsește nici keratoza patologică, iar crestele epiteliale interpapilare apar neregulate. Edemul perinuclear (spongioză) afectează un număr mare de celule epiteliale, iar leucocitele realizează un infiltrat abundent. Etajul conjunctiv este dominat de un proces inflamator intens, caracterizat printr-un bogat infiltrat limfocitar, plasmocitar, histiocitar și mai puțin leucocitar. Fibrele conjunctive prezintă o textură mai laxă, tinctorialitatea lor virînd într-o nuanță violaceu deschisă (distrofie bazofilă). Capilarele sanguine sînt largi și hiperemice, vasele limfatice apar sinuoase (vezi figura nr. 4).

Tabelul nr. 1.

| Tipul leziunii | Nr. cazurilor | Sexul |   | Grupa de vîrstă |       | Modifi-<br>cări<br>obiective |    | Acuze<br>subiec-<br>tive |    | Durata purtării protezei<br>în ani |     |     |      | Proteza<br>T. P. | Valoarea<br>funcțională<br>a protezei | Locul exciziei |             |              |                 |                    |   |   |
|----------------|---------------|-------|---|-----------------|-------|------------------------------|----|--------------------------|----|------------------------------------|-----|-----|------|------------------|---------------------------------------|----------------|-------------|--------------|-----------------|--------------------|---|---|
|                |               | B     | F | 50-60           | 60-70 | 70-80                        | Cu | Fără                     | Cu | Fără                               | 0-1 | 1-5 | 5-10 |                  |                                       | 10-15          | Peste<br>15 | Pațat<br>dur | Cr. alv.<br>lat | Cr. alv.<br>front. |   |   |
| Minime         | 10            | 7     | 3 | 3               | 6     | 1                            | 5  | 5                        | 3  | 7                                  | 0-1 | 1-5 | 5-10 | 10-15            | Peste<br>15                           | —              | —           | —            | 10              |                    |   |   |
|                |               |       |   |                 |       |                              |    |                          |    |                                    |     |     |      |                  |                                       |                |             |              |                 |                    |   |   |
| Intermed.      | 5             | 1     | 4 | 2               | 2     | 1                            | 4  | 1                        | 1  | 4                                  | —   | 1   | —    | 3                | 1                                     | 2              | 3           | 3            | 2               | 1                  | 3 |   |
|                |               |       |   |                 |       |                              |    |                          |    |                                    |     |     |      |                  |                                       |                |             |              |                 |                    |   |   |
| Maxime         | 5             | 3     | 2 | 2               | 2     | 1                            | 5  | —                        | 1  | 4                                  | 1   | —   | 1    | 2                | 1                                     | 5              | 0           | 1            | 4               | 1                  | 1 | 5 |
|                |               |       |   |                 |       |                              |    |                          |    |                                    |     |     |      |                  |                                       |                |             |              |                 |                    |   |   |

A. ANTALFFY, E. IARA: TIPURI DE REACȚII HISTOMORFOLOGICE  
ALE MUCOASEI CÎMPULUI PROTETIC



Fig. nr. 1: Leziune minimă (vezi  
textul). Hp. 101.630. Colorația H. E.  
(Protezat de 10—15 ani). Foto nr.  
20.509. Oc. F<sub>1</sub> X, Ob. 10.



Fig. nr. 2: Leziune intermediară (vezi  
textul). Hp. 96.262. Colorația H. E.  
(Protezat de 10—15 ani). Foto nr.  
20.506. Oc. F<sub>1</sub> X, Ob. 10.



Fig. nr. 3: Leziune intermediară (vezi  
textul) Hp. 97.486. Colorația H. E.  
(Protezat de 5—10 ani). Foto nr.  
20.513. Oc. F<sub>1</sub> X, Ob. 20.



Fig. nr. 4: Leziune maximă (vezi  
textul). Hp. 96.486. Colorația H. E.  
(Protezat de 5—10 ani). Foto nr.  
20.511. Oc. F<sub>1</sub> X, Ob. 20.

Subliniem că keratoza este prezentă la toate cele trei tipuri de leziuni, exprimând astfel acea proprietate a epitelului pavimentos, de a răspunde la diferite iritații prin keratinizare, fapt ce ne-a determinat să denumim acest fenomen „*reacție epitelială comună*”.

### Discuții și concluzii

Căutînd corelația între leziunile găsite și factorii ce pot concura în determinarea acestora, s-au desprins aspecte multiple.

Modificările găsite evoluează în faze de gravitate diferită, neputîndu-se stabili o legătură între gradul leziunii și durata purtării protezelor, cît și între gravitatea simptomatologiei clinice. Modificările nu au fost influențate în mod hotărîtor nici de valoarea funcțională și nici de calitatea tehnică a protezelor, acest fapt fiind ilustrat de același procentaj ridicat al protezelor necorespunzătoare (80%) atît în cazul leziunilor minime cît și în cazul celor maxime. Se constată o frecvență crescută a modificărilor histologice la grupele de vîrstă cuprinse între limitele de 60—70 ani (50%) și apariția lor într-un număr redus peste această vîrstă, probabil în urma reactivității biologice scăzute caracteristice senelui.

Aprecierile făcute pe baza caracterului reacțiilor epiteliale și conjunctive, ne-au orientat asupra interrelației epitelialo-conjunctive, reieșind că alterările de la nivelul etajului conjunctiv sînt cele determinante, iar cele epiteliale au mai mult un caracter secundar. Un caz observat recent ne cuprins în materialul prezentat, confirmă de asemenea această constatare, prin faptul că pe lîngă un epiteliu prezentînd numai o moderată parakeratoză, țesutul conjunctiv subiacent este grav afectat de o scleroză cu hialinizare.

Urmărind limita dintre reacția de adaptare și reacțiile patologice (stomatopatia protetică), considerăm că modificările cuprinse în grupa leziunilor minime reprezintă de fapt trecerea de la perinormal (E. Crăciun) la patologic, caracterul lor fiind reversibil datorită neafectării substanțiale a etajului conjunctiv. Leziunile intermediare și maxime reflectă pe de o parte răspunsul negativ al mucoasei față de corpul străin și pe de altă parte instalarea unor modificări cu precădere ireversibile. Neputîndu-se stabili o corelație concludentă între gravitatea leziunilor și diferenții factori ce pot avea un rol în determinarea lor, interpretăm fenomenul patologic al stomatopatiei protetice ca fiind o consecință a variațiilor reactivității generale individuale, cît și o urmare a apariției sau modificării — la un moment dat — al unor factori locali, ce acționează în relația mucoasă-proteză.

Notăm că în cercetări anterioare am urmărit substratul histo-morfologic al reacției gingivale marginale la dinți purtători de coroane de înveliș metalice ștanțate (7), stabilind comportarea asemănătoare a țesuturilor epiteliale și conjunctive și de la acest nivel.

Sosit la redacție: 14 decembrie 1968.

### Bibliografie

1. DECHAUME M., LAUDENBACH P., PAYEN I., SCHEFFER P.: La Presse Médicale (1966), 39, 1995; 2. DOERR W., VEHLINGER E.: Spezielle pathologische Anatomie. Vol. I. Springer Verlag, Berlin-Heidelberg, New York, 1966; 3. EISENRING R. I. Th.: Mikroskopische Untersuchung der bedeckten Mundschleimhaut. Carl Hansen Verlag, München 1955; 4. FASSKE u. MORGENROTH: Pathologische Histologie der Mundhöhle. S. Hirzel Verlag, Leipzig, 1964; 5. GASSER F.: Die Gaumenschleimhaut unter dem Einflusse zahnärztlicher Prothesen. Urban u. Schwarzenberger Verlag, München-Berlin, 1954; 6. HETTESY

**GYÖRGYNÉ:** Fogorvosi Szemle (1959), LII, 12, 375; 7. **IARA E. ȘT., ANTALFFY A.:** Studiul clinico-morfologic al gingiei marginale la dinți purtători de coroane ștanțate. Comunicare la Congresul național de stomatologie, București, 17—19 mai 1967; 8. **MORGENROTH K.:** Fogorvosi Szemle (1966), 12, 379; 9. **KAPUR, SHKLAR K. G.:** The Journal of Prosthetic Dentistry (1963), 13, 6, 1030; 10. **NICOLAU T. MARIE-JEANNA CERNAT, DIACONESCU M.:** Stomatologia (1966), 3, 219;

---