

CONTROL Y EVOLUCION POST-OPERATORIOS DE LAS PARODONTOPATIAS

por el

DR. FRANCISCO M. PUCCI †

(Montevideo, Uruguay) (*)

Importancia del tema

En Parodoncia, una acertada terapéutica tiene por principal pilar un acertado y racional control post-operatorio. En la práctica parodontósica del no especializado, ese aspecto adquiere una importancia primordial.

Uno de los más importantes factores en la generalización de la parodontoterapia es el desacierto en velar por que se mantengan difíciles conquistas del tratamiento. Esta situación está creada por la diversidad de afecciones parodontales y la complejidad de las causas etiológicas que contribuyen a su establecimiento y evolución.

A. Cuidados inmediatos

Medidas preventivas

Dependen del procedimiento terapéutico adoptado, sea éste la técnica llamada conservadora (cura subgingival, tratamiento de las paredes del saco patológico y medicación gingival) o de la técnica quirúrgica o radical (en cualquiera de sus formas), existen condiciones que pueden calificarse de preventivas, que deben cumplirse primordialmente durante los actos operatorios y que contribuyen a asegurar los mejores resultados. Entre ellas deben incluirse, desde el punto de vista técnico, las siguientes:

La eliminación total del tártaro bucal y subgingival, la exclusión del cemento necrótico subgingival, la erradicación de todo el tejido de granulación subgingival (o granuloma parodontal), la eliminación de la deficiente y progresiva inserción epitelial y de la pared epitelial del saco patológico y la exclusión de la sobrecarga. Todo esto debe realizarse dentro de un perfecto equilibrio técnico para

(*) Relación oficial presentada al I Congreso Odontológico Internacional, realizado en Sao Paulo en octubre de 1954.

evitar las demasías sobre el esmalte cervical, sobre la inserción cemento-adamantina, sobre el cemento y aun sobre la dentina cuando es mínimo el espesor del cemento.

Medidas preventivas generales que favorecen el cuidado y evolución de las parodontopatías:

Aseguran un buen post-operatorio las siguientes medidas, también comunes a todas las técnicas:

1.º Desinflamar los tejidos y eliminar de ellos, en lo posible, la infección. No se deben intervenir quirúrgicamente tejidos inflamados o infectados. Estos se incinden mal, sangran en demasía, dificultan la eliminación rápida y total del tejido de granulación, se laceran y la hemorragia contamina el empaquetamiento quirúrgico.

2.º Deben usarse antibióticos o sulfonamidas, especialmente durante la cura subgingival. La intervención en campo gingival infectado predispone a las bacterimias, que ocurren también por masaje o manipulación de encías infectadas. Estas bacteremias, si bien transitorias, pueden afectar las válvulas cardíacas en pacientes ya enfermos o predispuestos a enfermedades del corazón.

3.º Deben prevenirse reacciones de carácter focal mediante recursos de neutralización de la infección, por medicación local y subgingival.

4.º Para cumplir con esas medidas preventivas, la medicación debe preceder y acompañar el tratamiento, a fin de eliminar la flora.

1.º En la técnica conservadora

Los cuidados inmediatos de control serán según que pretendamos obtener la reinserción de las fibras conjuntivas, la readherencia epitelial, y la regeneración alveolar; o la retracción gingival, con el fin de hacer desaparecer el saco patológico.

a) *Reinserción.*—En ese caso, cinco fases adquieren el mayor interés: Obtener y conservar el mayor tiempo posible un buen coágulo subgingival estéril; lograr una superficie de cemento sano, liso, pulido, sin restos necróticos; excluir totalmente el epitelio interno del saco; proteger con barnices y cemento quirúrgico la brecha de la herida y defender la zona intervenida de traumatismo, masticación, cepillado, etc.

b) *Retracción gingival.*—En la técnica conservadora, el móvil principal, la eliminación del saco patológico, además de lograrse por

la instrumentación racional, se obtiene por complemento medicamentoso.

El uso de astrigentes, escaróticos o cáusticos está en relación con la naturaleza del tejido gingival interesado, con la profundidad del saco patológico, el prescindir de obtener reinserción y la índole del caso patológico.

Encías invadidas por intenso edema y de tejido fino y laxo no reclaman medicación muy enérgica ni reiterada. Son aquellos casos en que se basan muchos parodontólogos para sostener que la medicación inmediata post-operatoria es innecesaria y antibiológica. Esto se explica por cuanto la retracción y normalización gingival, después de una buena terapia conservadora, es automática.

En cambio, cuando la contextura gingival comprende una fibromucosa densa y gruesa y los sacos son profundos, se cierne una posibilidad de fracaso terapéutico conservador, si no se recurre a medicaciones a tono con la hiperplasia gingival marginal que, muchas veces, debe aplicarse reiteradamente.

2.º *En la técnica quirúrgica*

Dos aspectos son importantes en el control inmediato del post-operatorio quirúrgico: la obtención de un buen coágulo y la aplicación del apósito de cemento medicamentoso. El primero constituye la mejor protección natural y el segundo una buena protección artificial.

a) *Función del coágulo sanguíneo.*—El coágulo sanguíneo constituye la protección ideal de la herida, al adherirse a sus paredes la masa de fibrina. Sus fibrillas se contraen luego, estrechando la herida y adheriendo los tejidos a los cuellos de los dientes. El suero extravasado contiene anticuerpos y otras sustancias protectoras, contribuyendo a la defensa contra las infecciones. Por otra parte, la organización del coágulo con intervención de migración de fibroblastos, auspicia el proceso de cicatrización. De ahí su valor de prevención biológica preconstructiva.

b) *Función del cemento quirúrgico.*—El empaquetamiento de la zona intervenida con el cemento quirúrgico proporciona los siguientes beneficios: 1.º Protege, por aislamiento del medio bucal, el coágulo, la cresta alveolar, la encía incidida y la superficie radicular expuesta. 2.º Bien aplicado y unido, contribuye, en parte, a la fijación de los dientes. 3.º Defiende la herida del traumatismo masticatorio

y de los movimientos musculares de la boca. 4.º Facilita el proceso de cicatrización, estimulando y evitando la formación de tejidos de granulación hiperplásico. 5.º Es sedante y reduce o elimina el dolor post-operatorio. Su permanencia óptima se extiende a ocho o diez días.

B. Cuidado mediato

La responsabilidad de los cuidados a prodigar después de la intervención se reparte por igual entre el operador y el paciente.

1.º Responsabilidad profesional

Corresponde al operador cumplir con tres pragmáticas que aseguren un buen post-operatorio:

a) *Instruir al paciente* acerca de los cuidados inmediatos y la vigilancia mediata, así como la observancia de aquellas normas de vida que corrijan defectos.

b) *Una permanente vigilancia* periódica del caso intervenido. Cada uno o dos años, las radiografías seriadas nos dirán del estado de los tejidos alveolares. Nunca será descuidada la normalidad oclusal.

c) *La rehabilitación bucal funcional* constituye el tercer y muy importante aspecto de la responsabilidad profesional. Entre las medidas más afines se encuentran: La estabilización y fijación de los dientes con mayor movilidad; la dentistería, recurriendo a las prótesis, fija o removible, para dar cima a una rehabilitación total.

La ortodoncia encuentra cada vez mayor aplicación en la normalización de los ejes dentarios desviados.

2.º Responsabilidad personal

Es imprescindible la colocación del paciente para lograr un post-operatorio feliz y el mantenimiento futuro de un buen estado de salud bucal; de no obtenerse, es preferible no tomar la responsabilidad del caso.

Esta incumbencia puede estudiarse desde dos ángulos. a) Según la técnica adoptada. b) Normas comunes a todas las técnicas.

a) Normas a cumplir según la técnica adoptada.

1. *La reinserción.*—No cepillar ni masajear la zona intervenida durante los tres días siguientes. Cuidarse de no masticar con los dientes interesados y tratando de mantener en el lugar el barniz y el apósito protector.

II. *Técnica quirúrgica*.—Evitar el desprendimiento del cemento quirúrgico durante las primeras horas de aplicado, no masticando alimentos duros y no utilizando ni cepillando esa parte.

b) *Normas comunes a todas las técnicas*

I. *Cepillo y cepillado*.—Damos preferencia al cepillo corto de dos o tres hileras, con penachos aislados, colocados en un mismo plano, de nylon, de consistencia media o dura. Toda la dificultad reside en adoptar una técnica racional y seguirla sin exageraciones ni excesos que traumatizen los tejidos blandos o contribuyan a estimular la abrasión cervical. Ahora bien, cuando nos encontramos frente a encías muy edematosas, se aconseja cepillo de cerda natural, dureza mediana, para ordenar el tipo nylon, al restablecerse la consistencia gingival.

II. *Dentífrico y enjuagatorios*.—Se descarta hoy día el concepto sostenido por algunos técnicos de que un buen cepillo y solución salina eran más que suficientes para lograr higiene buco-dentaria. Es necesario disponer de cierta substancia abrasiva, sea pasta o polvo, para complementar la eficacia del cepillado.

No obstante, es bueno recordar que la inevitable retracción gíngivo-ósea, consecutiva a la mayoría de las parodontopatías o resultado de la erupción pasiva continua, que caracteriza la mayoría de las progresiones hacia la senilidad, expone cuello, cemento y hasta dentina, elementos fácilmente abrasionables.

Se ha comprobado que la dentina se desgasta 25 veces más rápidamente que el esmalte cuspídeo y, a su vez, el cemento 35 veces más rápido, lo que previene contra la elección de substancias francamente abrasivas.

Las propiedades abrasivas del cepillo sobre la dentina son despreciables, dado que el cepillo seco da 1 por 100 y el cepillo mojado 50 por 100.

Con respecto a la tesis sostenida sobre la ineficacia terapéutica de las pastas dentífricas, dado su escaso contacto con los tejidos y por tiempo tan breve, debe reconocerse que no es tan cierta, al emplearse pastas con finalidad terapéutica determinada.

Los elixires pueden servir para enjuagatorios antisépticos coadyuvantes con la acción de las pastas dentífricas.

III. *Masaje y estímulo mecánico*.—Se ha comprobado que el cepillado aumenta la queratinización de la encía. Esa queratinización

está en proporción directa con la cantidad e intensidad del masaje por cepillado. Nunca debe aplicarse el cepillo directamente sobre la superficie gingival.

El masaje digital, auxiliado de pastas lubricantes o soluciones antisépticas o salinas, aumentan la tonicidad gingival, estimulando la circulación en todo el parodocio y endureciendo la superficie del epitelio.

El uso en el espacio interdentario del palillo, con o sin algodón y medicamentos, de las puntas de madera blanda o puntas de goma semi-rígidas, son complemento indispensable del buen cepillado y grandes estímulos para el puente gingival interdentario, el más difícil de recobrar y mantener sano.

Los atomizadores individuales ayudan a mantener limpios los espacios interdentarios y las zonas inaccesibles.

c) *Normas de rehabilitación fisiológica*

I. *Dietética*.—En la mayoría de los casos se impone continuar por largo tiempo con las dosis suplementaria de sales y vitaminas, especialmente éstas.

Pero será preciso investigar los posibles factores que conspiran contra la llegada, hasta la interioridad de la célula viva, de los elementos que le son indispensables. Entre esos factores se hallan los siguientes:

En la *ingestión* de alimentos: las enfermedades gastro-intestinales, las neurosis, la anorexia, las deficiencias masticatorias.

En la *absorción* de alimentos: las diarreas, enfermedades hepato-vesiculares, aclorhidria, ausencia de elementos que favorecen la absorción.

En la *utilización* de alimentos: las enfermedades de hígado, diabetes, alcoholismo crónico.

En el *aumento* de las exigencias de alimentos: actividad excesiva o anormal, estados febriles, hipertiroidismo, embarazo, lactancia.

En la *excreción* aumentada: por fístulas biliares o gastro-intestinales, transpiración excesiva, pérdida proteínica por nefritis, poliuria por diabetes, lactancia.

En las *terapias interferentes*: en enfermedades vesículo-biliares, hepáticas, obesidad, antiácidos, aceites minerales, diuréticos, tratamiento de enfermedades febriles.

En *defectos de aprovisionamiento*: por tierras de cultivo estériles

por transporte, envasado, larga permanencia al aire y al sol, falta de higiene, alteraciones y fermentaciones.

En la actualidad se está poniendo especial énfasis en el suministro de proteínas de alta calidad y en la administración masiva, en parodontósicos avanzados, de vitamina A y dieta rica en esa vitamina. Se ha comprobado que existe una selectividad por los maxilares en la carencia proteínica así como lesión de la papila interdientaria, osteoporosis alveolar y ensanche parodontósico.

II. *Masticación*.—La armonía dentaria intermaxilar y la restitución funcional de ambas arcadas forma parte importante de la rehabilitación fisiológica.

III. *Vida higiénica*.—El régimen de vida debe ser sano, con descanso, vida al aire libre, ejercicio, higiene mental, etc.

IV. *Salud orgánica*.—Los órganos y las funciones perturbadas deben ser objeto de atención médica.

V. *Corrección de malos hábitos*.—Es imperioso excluir el bruxismo y los vicios masticatorios.

2.º Evolución post-operatoria de las parodontopatías

A) Conceptos generales sobre evolución post-operatoria.

Desde los tiempos de Riggs y Younger, siempre existieron clínicos que proclamaron el éxito de la parodoncioterapia. Sin embargo, es preciso saber y decir toda la verdad.

En primer término, debemos ponernos de acuerdo en lo referente a qué entendemos por éxito en parodoncioterapia. El debe comprender: supresión de todo saco gingival patológico (con o sin reinsertación), normalización gingival (de festones y papilas) en color, forma y consistencia, desaparición o disminución de la movilidad dentaria, reconstrucción de la cortical alveolar desaparecida y restablecimiento de la armonía articular; es decir, desaparición de la patología parodontal y restitución de los dientes a su función normal. En segundo lugar, otros que no mantienen por largo tiempo los resultados alcanzados.

En parodoncia, como en toda la patología humana, más que las enfermedades, deben considerarse los enfermos. A la afirmación de un parodontólogo de que: "La enfermedad periodontal es definitivamente curable", que no va más allá de una frase exageradamente optimista, corresponde aclarar que si bien los factores locales, de se-

gura exclusión, predominan en un 80 ó 90 por 100 de los casos, la intervención decisiva de las causas constitucionales, muchas de ellas desconocidas, imponen un margen de duda en el restante 10 ó 20 por 100 de los casos.

La edad puede incidir en cuatro formas al enfrentar las parodontopatías.

1.º Por de pronto, la juventud se caracteriza por fenómenos inflamatorios, procesos agudos; la madurez y más aún la senectud, por formas degenerativas, distróficas. Cuando en edad temprana aparecen procesos distróficos, el pronóstico se torna desfavorable. Es decir: que a igualdad de lesiones alveolares y otros estados gingivales, la dolencia en el joven debe ser considerada más grave que en el adulto.

2.º El segundo aspecto es el relativo a la atrofia progresiva gingivo-ósea que, en términos generales, ocurre con la edad, bajo tres incidencias: erupción activa continua, erupción pasiva y atrofia alveolar progresiva.

3.º En tercer lugar, a medida que la edad avanza se produce una caída en la tasa del metabolismo basal, declinando más rápidamente en el hombre que en la mujer. Las funciones secretorias disminuyen y, al modificarse químicamente, va perdiendo su eficacia; a su vez la absorción y otros procesos selectivos se reducen.

4.º Por último, la menopausia actúa, a veces, decisivamente como forma claudicante para todas las funciones orgánicas y los intercambios celulares, creando la predisposición patológica.

Karshan, en un grupo integrado por 51 individuos sin lesiones parodontales y en otro grupo, integrado por 39 casos de parodontitis y 59 de parodontosis, no halló diferencia apreciable entre ambos grupos al examen: todos los elementos químicos de la sangre y el metabolismo basal, no observando tampoco diferencia entre la parodontitis y la parodontosis. La ingestión de vitamina A y C era adecuada y en el examen de orina no se halló deficiencias subclínicas de tiamina, riboflavina y ácido nicotínico. El examen médico no reveló un estado constitucional responsable de las parodontopatías. En la dieta tampoco difirieron los dos grupos estudiados. A pesar de ello, se percibe, en mayor o menor grado, una causa constitucional.

B) *Evolución post-operatoria*

La gingivitis, en cualquiera de sus múltiples formas, a excepción de las de origen primariamente constitucional, como ser: discrasias

sanguíneas, fuerte influencia de ciertos embarazos o por perturbación ovárica, alguna formas hiperplásicas dilantínicas, hereditarias o idiopáticas, etc., no sólo evolucionan favorablemente, sino que dan un post-operatorio óptimo y permiten afirmar la cura a breve término, previo riguroso control profesional e individual.

Las parodontitis marginales, en sus formas puras con sus características comunes: edema e hiperplasia gingival y atrofia ósea alveolar horizontal en lenta progresión, siempre que no vaya acompañada de procesos agudos o empujes reiterados (lo que indicaría una susceptibilidad a agudizaciones con localizaciones imprevisibles) y cuando no se comprueben la fuerte gravitación de factores constitucionales, tienen un post-operatorio muy desfavorable, y permite esperar la restitución de la cortical alveolar.

Cuando las *parodontitis marginales* van acompañadas con atrofia alveolar vertical, aunque con predominio de atrofia alveolar horizontal, su evolución es igualmente buena, puesto que casi siempre esas atrofiyas verticales obedecen a factores locales los más diversos, pero fácilmente discernibles y corregibles. Si, como ocurre en mesio o disto-versiones de molares con diastema, la corrección es difícil o imposible, la atrofia alveolar vertical se detiene temporalment-, pero con el tiempo, al renovarse el saco patológico, sigue progresando.

En las parodontosis, la especificación evolutiva post-operatoria es más difícil y complicada y guarda relación con su eclosión y su marcha tórcida, específica. Siendo su etiología indescifrable, aunque incuestionablemente de origen constitucional, tanto los recursos terapéuticos como los post-operatorios son imprecisos y deben acondicionarse a la índole del caso en tratamiento.

En las formas mixtas en que aparecen los dos procesos: inflamatorios y distróficos coaligados, la evolución post-operatoria guardará relación con la mayor o menor preponderancia de uno u otro factor.

Conclusiones

1.º Todos los resultados de la terapia de las parodontopatías, en cualquiera de sus formas, están subordinados, en mayor o menor grado, al cuidado inmediato y mediato post-operatorio, sin el cual la terapia pierde toda su eficacia.

2.º En parodoncioterapia, los cuidados post-operatorios estarán

en concordancia con las características de la lesión, la técnica empleada y la modalidad orgánica y temperamental del paciente.

3.º La evolución post-operatoria de las parodontopatías está regida por la índole del caso, la anulación o persistencia de los factores locales y generales y, en buena parte, por el fondo constitucional de inmunidad o predisposición a las lesiones parodontales y del grado de agudeza o cronicidad de las enfermedades orgánicas que incidan sobre el parodoncio.

4.º Tanto la corrección de malas técnicas de higiene bucal como de malos hábitos o defectos dietéticos y de vida, debe lograrse totalmente.

5.º Sin trasuntar pesimismo, sino enfrentamiento con la realidad humana, es necesario advertir que en parodontioterapia, a pesar de los esfuerzos del clínico y de la contribución del laboratorio, se obtienen los resultados más dispares, al igual frente a gingivitis, parodontitis y parodontosis.

Aspectos médicos de un exceso de fluoruro en el agua de suministro, por N. LEONE y colaboradores ("Public Health Reports", 10, 952, 1954).

Durante diez años se han estudiado 116 personas en Bartlet y 121 en Cameron (Texas) para determinar si el prolongado ingreso de fluoruro en el agua de bebida en Bartlet ha producido efectos fisiológicos perniciosos, pues este agua contiene ocho partes por millón hasta 1952, en que fué instalado un sistema de quitarle fluoruro, dejándole en 1.2 partes por millón.

Cameron fué una zona de control, ya que sus aguas contienen 0.4 parte por millón. Los examinados, que habían pertenecido a sus respectivas comunidades, al menos, durante quince años, tenían edades desde quince a sesenta y ocho años, y, por término medio, la exposición fué de 36.7 años.

Al cabo del tiempo se les hizo historia detenida, examen a los rayos X, analíticos y dental; aquel espacio fué reconocido en 1943 y repetido en 1953, o sea, diez años más tarde.

No se halló diferencia notable entre las dos localidades, como no sea una ligera cifra elevada de anomalías circulatorias en Cameron y un predominio de fluorosis dental en Bartlet.—G. P. G.