

EL DOLOR EN ESTOMATOLOGIA (*)

por el

DR. ESTEBAN AZPEITIA GUTIÉRREZ

Refiriéndose exclusivamente al físico, ya que también existe el moral gravitando sobre lo más noble de la naturaleza humana, si por *dolor* entendemos *que es toda sensación molesta experimentada por el organismo y debida a causas externas o internas*, no cabe duda que el que va a ocuparnos resalta con peculiar importancia práctica, ya que en el trípole incapacidad—muerte—dolor, objeto de la medicina, este último elemento es quizá el más conspicuo en el ejercicio odontológico; aunque la boca no sea de las regiones más sensibles, según se desprende de las mediciones algimétricas realizadas por Becker.

Es la más genuina manifestación del daño que nos es inferido, como muy bien dice Díaz González, y por ello de enfermedad, tanto que hasta por sí solo constituye todo el cuadro morbozo, al menos en determinados casos. Enfermos hay que el único trastorno que aquejan es su dolor y suprimido éste se consideran curados; como de hecho es la realidad en el terreno práctico.

Nieto Serrano dice que “el dolor es el mal de la vida sensitiva y puede coincidir o no con el mal orgánico. En su más vasta acepción, el dolor comprende toda sensación molesta o incómoda, general o parcial; todo lo que en la vida sensible, no siendo indiferencia, deja de ser placer”. Este concepto hace recordar el pensar de aquellos filósofos quienes, como Epicuro, sostienen que el dolor es la cosa más normal y, por lo tanto, el bienestar tendría carácter negativo. Y Letamendi considera como dolor “aquella expresión íntima y genérica de toda sensación y todo sentimiento, que perturba el bienestar y sosiego

(*) Comunicación presentada en el curso académico 1949-50 del Colegio de la VI Región.

del ánimo que caracteriza la salud física y moral, y que lleva por nombre euforia”.

Todos los pensadores y autores hasta hace escasamente un siglo confunden el dolor físico y moral, asignándoles la misma naturaleza; aunque ya Descartes pensó que “la causa de que el dolor produzca tristeza, es que este sentido llamado dolor viene siempre de alguna acción que ofende los nervios”. Este es el primer jalón que orienta hacia la investigación experimental de nuestros tiempos, que ha conducido a un concepto de la cuestión demasiado materializado, hasta que muy recientemente la medicina psicosomática ha fijado el fiel de la balanza.

El progreso científico modifica sin cesar conceptos preestablecidos, y por eso si hoy nos preguntásemos ¿qué es el dolor?, deberíamos contestar que una sensación *fisiológica* específica. Lo patológico es el no sentirlo (analgesín) o apreciarlo en desproporción a la realidad. Siendo el dolor, pues, fenómeno fisiológico, hay que concluir en la utilidad que realmente presta en servicio del organismo, siendo como un toque de alarma que apresta a la defensa.

Decíase que en la hiperalgesia el enfermo percibe como dolor el menor insulto que normalmente sólo daría lugar a sensaciones táctiles, de presión, calor o frío, siendo esto debido a un desorden en sentido de hiperexcitabilidad de los elementos nerviosos, periféricos o centrales (L. Corral). El mismo estímulo podría dar la sensación de contacto, presión o dolor, según la intensidad de aplicación. Dumont escribe estas palabras: “Lo exacto sería decir que las sensaciones de desgarró, de picadura, producen el dolor secundariamente.”

Pero este concepto cuantitativo, que hace considerar a la sensación como normal o patológica según la intensidad del excitante o receptividad del excitado, ha sido modernamente sustituido por otro cualitativo, fundado en hechos ciertos que destruyen los aparentes en que antes se fundamentaba la fisiopatología.

Fisiológicamente han sido diferenciados, desde finales del pasado siglo, puntos orgánicos sensibles *únicamente* al dolor (Bliz y Frey); mientras las experiencias de Adrián, realizadas después, demostraron que el estímulo de los receptores táctiles,

por intenso que sea, no produce dolor. Aunan en el mismo sentido las recientes comunicaciones de Ray y Wolff afirmando la existencia de zonas trisulares orgánicas normalmente analgesiadas (parénquima cerebral), mientras que otras (arteria meningeal, dientes) únicamente son sensibles al dolor. Las parcelas orgánicas más aptas para el dolor lo son menos para los demás fenómenos sensibles y, a la inversa, las zonas de mayor sensibilidad son las más analgesiadas fisiológicamente.

En Histología también se encuentran fundamentos para la doctrina: Woolard ha demostrado recientemente la existencia en la piel de fibras nerviosas semejantes a las que ya había descrito nuestro Cajal en la pituitaria y en la córnea, específicamente destinadas a la sensación dolorosa. García Solá y Fraguas, haciéndose eco de estudios experimentales, admiten una especial inervación para el dolor. Tichener nos habla hasta de un sentido del dolor, comparable a la vista u oído, cuyo órgano son las terminaciones nerviosas repartidos por el organismo.

Las mutilaciones quirúrgicas o accidentales (Homes); la investigación del dintel doloroso experimentado con diversas drogas, así como la misma clínica (de antiguo es conocida la disociación siringomiélica) nos hablan en el mismo sentido. En opinión de Bañuelos, gran número de neuropatológicos han de compartir en esta opinión, pues la compresión medular, paquimeningitis cervical hipertrófica, hematomielia e histeria, dan preciosos elementos para defender la teoría de los nervios doloríficos.

Pero antes de pasar adelante tenemos que rectificar una idea vertida: decíamos antes que Ray y Wolff daban por sentado que los dientes *únicamente* son sensibles al dolor, y nosotros, en humilde postura, no podemos suscribir tal afirmación, que cuando nos fué conocida dió lugar a nuestra duda y que emprendiéramos investigaciones que nos conducen, por el contrario, a juzgar que el diente experimenta también sensaciones no dolorosas.

En efecto; colóquese a un sujeto con los ojos tapados y sin emplear espejo de boca separador, ni ningún otro que pueda orientarle, tóquese un diente con una aguja o estilete fino, dé-

jese de tocar, alternese el contacto en diversas piezas y se podrá comprobar con sencilla facilidad como es acusado el contacto por una sensación *no dolorosa*. Preciso es operar suavemente para evitar que una presión mayor pueda producir desplazamiento de la cabeza, aunque sea mínimo, que pudiera dar indicación.

Si no puede rigurosamente hablarse de tacto, por faltar las papilas específicas, puede afirmarse la existencia fisiológica de lo que bien puede llamarse sensación táctil; siendo este *tacto dentario* lo suficientemente fino para apreciar no sólo la pieza explorada, sino hasta las diversas regiones del mismo diente.

Para desechar la mínima duda, puesto que en la última instancia la sensación es fenómeno de conciencia, hay que reunir las condiciones indicadas y para destruir la objeción de que una ligera presión puede ser acusada por el periodonto, debe operarse con gran delicadeza; sobre que el diente también experimenta sensaciones como la producida por un suavísimo deslizamiento sobre la superficie del esmalte, y creemos que, más aún, sobre las partes desprovistas de él.

Operando con líquidos a distintas temperaturas también hemos llegado a la conclusión de que los dientes aprecian las sensaciones térmicas; si bien, muy pronto, a poco extrema que sea la temperatura, en ambos sentidos, prodúcese el dolor. En esto encontramos marcadísimas variaciones individuales.

Pero esta afirmación nuestra, basada en repetidas experiencias de que no son sólo las sensaciones dolorosas lo que acusan los dientes, no se opone a lo que antes hemos dejado consignado referente a la nueva concepción del dolor. Según el estado actual de la cuestión, el dolor es una sensación específica y normal para el hombre sano y, en conformidad con esto, sólo se deberá considerar patológico un dolor cuando las vías o centros nerviosos interesados en el fenómeno están alterados en su funcionamiento.

De este concepto fisiológico se desprende la idea de utilidad en servicio del todo orgánico: la dolencia pone en la pista de la enfermedad e induce a restablecer la salud. Por eso, la consideración clínica de un dolor; la recta interpretación de he-

chos con él relacionados, el diagnóstico de su verdadera significación y su valor pronóstico, son interesantísimos en la práctica del ejercicio profesional.

* * *

Del hecho, de antiguo conocido, de que un único estímulo da lugar a dos sensaciones o respuestas dolorosas, separadas entre sí por un breve intervalo, se ha venido al conocimiento de una base anatómica: la existencia de dos clases de fibras nerviosas doloríficas, en las que la velocidad de conducción es diferente. Naturalmente que este lapso diferencial de tiempo, que ha sido objeto de minuciosas mediciones por Lewis, ha de estar en proporcional relación al camino recorrido. Por eso, el hecho ni es marcado ni tiene gran importancia práctica en nuestros casos, por la breve distancia anatómica que ha de salvar el estímulo hasta los centros; mas, sin embargo, en él pueden tener explicación ciertos dolores como de "redobler", en "varios golpes", de tan frecuente observación en clínica odontológica.

Esta diferente conductibilidad de las fibras nerviosas hace pensar en la también distinta constitución íntima de ellas y desigual comportamiento ante la experimentación del umbral doloroso, cuya esencia, según nuestro compatriota Lorente de No, estaría en el metabolismo oxidativo y, posiblemente también, en las diferencias de oxidación esté la clave de las alteraciones sensitivas de las neuropatías periféricas.

Los fisiológicos nos dicen que el dolor cutáneo se percibe perfectamente recortado, con precisa localización, mientras que las sensaciones dolorosas en la profundidad de los tejidos son más imprecisas y difusas. En estomatología se comprueba esto también: el diente, de naturaleza epitelial, precisa netamente la localización de su dolor, contrastando con el más difuso e impreciso de los procesos inflamatorios de las partes blandas. Sin embargo, el dolor, en general, es cosa que no se localiza con mucha precisión: sin hundimos una aguja en nuestra piel, al principio, antes de llegar al dermis, sentimos la puntura con relativa pureza; pero cuando penetra en el dermis la sensación va no es sólo en un punto, sino en el círculo, o mejor casquete

de esfera mayor o menor. Este fenómeno que se conoce con el nombre de *irradiación dolorosa* es frecuentísimo en la neuralgia dentaria, donde por características regionales la propagación es hacia las piezas próximas a la enferma; hecho éste sobre el que llama la atención Bañuelas. Así como en el caso citado de la piel está en juego la inmediata proximidad de las fibrillas de inervación, en la neuralgia dentaria cabe pensar si la transmisión irradiante es a beneficio de los troncos nerviosos de mayor magnitud, el dentario inferior, por ejemplo, como al menos muestran las apariencias.

Pero, además, como la sensación es también acto de conciencia según el mayor o menor conocimiento *regional*, el dolor se perfila con diferente precisión: los dientes, la articulación temporo-maxilar informan, por eso, con gran finura; porque percibimos con singular exactitud la noticia, dolorosa o no, que procede de aquellas zonas orgánicas que por su posición o por su movimiento tienen mejor informada nuestra conciencia, ese juicio interno que nos da a conocer el propio yo.

La sensación dolorosa no es un fenómeno fisiológico que pueda ajustarse a una concepción simplista; no es tan sólo un estímulo periférico conducido por los nervios y percibido por los centros. Estos, en maravillosa conexión, lanzan a su vez descargas que dan lugar a las más diversas manifestaciones, las que en definitiva tienen el significado de elementos defensivos a que antes nos referíamos, muchas veces también poniendo en juego una acción vegetativa.

El dolor superficial, cutáneo y, por analogía embriológica, decimos también del mismo diente, suele acompañarse, si es intenso, de viva reacción defensiva con taquicardia y elevación de la tensión arterial, juntamente con notoria intranquilidad anímica: recordad el paciente con una pulpitis aguda. Pensamos, pero no podemos comprobarlo con nuestros medios, si también existirá un desequilibrio hormonal, singularmente con aumento de adrenalina en sangre.

En cambio, el dolor profundo y más difuso, como el de un flemón, por ejemplo, tiene marcado efecto depresivo: bradicardia (aunque la infección pueda dar frecuentemente lo contra-

rio), tensión baja y quietud con la que espontáneamente se busca la defensa.

A poco observador que se sea pueden percibirse en clínica estas distintas manifestaciones, así como las contracturas musculares regionales que aunan en el esfuerzo definitivo.

El dolor nos plantea con muchísima frecuencia un problema diagnóstico, no sólo de la naturaleza de la enfermedad, sino también de su localización. En este segundo extremo es el mismo enfermo quien nos resuelve la cosa, pues precisa bien el sitio que duele, pero no de modo absoluto, pues bien nos ha enseñado la práctica, como en ocasiones, lejos de facilitar, puede ser factor de desorientación la apreciación subjetiva. En efecto, con relativa frecuencia nos dice que duele un *seis* inferior, por ejemplo, mientras la exploración más minuciosa nos revela la normalidad más absoluta de molar y su zona adyacente, encontramos, en cambio, una caries penetrante en alguna pieza de la arcada superior, que debidamente tratada hace desaparecer la molestia. He aquí lo que en patología se llama *dolor referido*.

El doctor Carrea cita un caso de dolor predominante en la región infra-maxilar, iniciado a nivel del arco cigomático para terminar en el hioides, acompañado de anestesia del velo palatino y laringe; trastornos dependientes de la inclusión de un molar.

Es particularmente interesante la observación de Robertson: el estímulo persistente de un diente enfermo provocó un intenso dolor referido a la región temporal, con hiperalgesia superficial y profunda de la zona. La inyección en la piel de procaína suprimió la hiperalgesia cutánea; infiltrando con el anestésico el músculo temporal, se suprimía también la hiperalgesia profunda, pero persistía todavía el dolor hondo referido a la parcela anestesiada. La inyección en la proximidad del diente suprimía toda manifestación.

Dejando de lado las diversas teorías que se han ideado para dar explicación al fenómeno, que puede seguirse en la monografía que el doctor de la Fuente titula "El dolor en cirugía", las cosas suceden como si el estímulo crease en los centros nerviosos un estado de excitabilidad más o menos extenso, que

daría respuesta en los territorios con inervación próxima, aunque a veces la referencia sea bastante alejada.

En estomatología el común entroque de las ramas del trigémino facilita grandemente estos dolores referidos, siendo bastante frecuente que el estímulo en una rama obtenga respuesta en otra.

El *diente fantasma* es otro fenómeno en íntima conexión con el dolor referido. Queremos denominar así la pseudopercepción de una pieza avulsada, de un diente que no existe; hecho en todo comparable a las sensaciones, dolorosas o térmicas, de un modo amputado. No es raro, aunque no sea demasiado frecuente, que sujetos desdentados sufran molestias que refieren a sus dientes..., que hace tiempo perdieron.

Juan Ubaldo Carrera, profesor de Ortodoncia de la Facultad de Buenos Aires, en su trabajo "Determinación de zonas reflejas o dolores cráneo-faciales de origen dentario", llama la atención sobre la importancia de estos dolores en los desdentados, señalando que la obturación de los conductos palatinos posteriores consecutiva a la extracción de los molares, puede determinar dolor infraorbitario, mientras que la obliteración del palatino anterior refiere dolor en el velo del paladar y focas nasales.

Pero en la mayoría de las ocasiones "lo que duelen" son los mismos dientes que ya no existen, sucediendo el fenómeno con independencia del proceso obliterante palatino, pues se da en tiempo tan precoz, casi siempre que no da lugar a pensar en ese mecanismo.

La cuestión, fisiopatogénicamente considerada, ofrece cierta complejidad. Livingston da importancia causal a la irritación del muñón cicatricial de las secciones nerviosas; aquellas que tuvieron lugar en el episodio mutilante. Pero no es posible enjuiciar bien el problema sin considerar la parte *central* de la sensación. En efecto, localizada la corteza cerebral está la noción de la existencia corporal, forma y posición de las distintas partes del organismo, la que sería activada por aquellos impulsos periféricos y al revertir centrífucamente daría la impresión más allá de lo real, hasta un territorio inexistente ya.

Hay que tener en cuenta también que siempre exterioriza-

mos el dolor refiriéndolo al cabo periférico del nervio excitado: la compresión del cubital en el codo no acusa dolor en el codo mismo, sino en la mitad interna de la mano, cuarto y quinto dedos y mitad interna del medio; irradiándose, todo lo más, al borde cubital del antebrazo. Esto es lo que le pasa al amputado de la pierna, que le duele el pie, y al desdentado, que se queja de sus dientes.

Claro está que la experiencia con el transcurso del tiempo modifica las cosas, porque la conciencia afirma que el diente ya no está y aquella información cerebral cambia; siendo por esto que un dolor dental fantasma tiende espontáneamente a desaparecer; suprimido el factor central es ineficaz el periférico. Y de la participación *central* se viene en conocimiento también, porque—según dice Bañuelos—el dolor puede persistir aun después de seccionado el nervio más allá del ganglio sensitivo correspondiente a su ingreso en la médula o, en nuestros casos, del ganglio de Gasser, que es equivalente a los raquídeos, lo que explica la dificultad de tratamiento de la neuritis del trigémino y su rebeldía en muchas ocasiones.

De esta importancia que hemos asignado al factor central puede deducirse que el proceso que nos ocupa no requiere tratamiento, que en todo caso debería dirigirse al campo psicoterápico. Nosotros tenemos observados algunos casos de diente fantasma, pero ninguno grave, ni por su intensidad ni por su persistencia. Para establecerse durablemente sería precisa una gran excitación en la periferia, superior a la conciencia central, o una hiperexcitabilidad de ésta, lo que requiere una fisonomía *sui generis* en las funciones del sistema nervioso. Por esto sería interesante observar, y con la observación concluir, si todo diente fantasma de duración apreciable en clínica sólo se da en los neuróticos. Para nosotros la conclusión está vedada por falta de número suficiente de casos debidamente estudiados.

* * *

Pero con todo lo dicho, apenas sí hemos dado un paso en el asunto, porque tan sólo nos ocupó lo referente al soma y al enfermo, como hombre es algo más. Peperidamente, en otros

lugares y ocasiones, nos hemos ocupado del equilibrio psicosomático, de la mutua influencia entre los elementos constitutivos del hombre y que, ¡ya era hora!, tanta importancia de la moderna Biología.

Y aquí es donde radica la verdadera dificultad, porque ignoramos la intimidad de la percepción dolorosa. A lo difícil de interpretar el funcionamiento de los centros superiores (corteza cerebral, tálamo) se suma nuestra ignorancia acerca del factor psíquico, pues, como dice Wyss, todavía es un enigma el paso de la excitación a la sensación consciente.

Fundándonos en la experiencia fisiológica y en la introspección psicológica llegamos a un concepto preciso de sensación que nos parece pudiera ser definido así: Es toda modificación realizada actuando sobre las terminaciones nerviosas sensitivas, acompañada de un correlativo psíquico, o sea de un estado consciente. Entre lo somático están los fenómenos que antes señalábamos y que hacen posible la percepción dolorosa; pero la psiquis es quien interpreta y valora la sensación.

Además existe el hecho importantísimo, con consecuencias clínicas también valiosísimas, de que el psiquismo puede modificar la sensación aumentándola, disminuyéndola y hasta *creándola* sin ayuda de nada somático (Bermejillo); que no es otra cosa el dolor psicopático.

Según lo que antecede, la percepción dolorosa varía de unas personas a otras, dentro de límites bastante amplios, en conformidad a sus condiciones psíquicas o físicas. Y del mismo modo, los fenómenos reaccionales al dolor son variadísimos, tanto como lo sean las características individuales. Naturalmente que en el semblante pesará el funcionamiento de la corteza cerebral (localización de la voluntad) y marcará también su influencia la actividad talámica, a la que tanta importancia se da como factor emotivo.

Nuestra clínica nos da la impresión de que se es tanto más sensible al dolor cuanto más predomina el elemento espiritual; cuanto mayor sea la cultura de la inteligencia. Y también creemos poder afirmar la notable influencia de la educación moral cuando se trata de refrenar la exteriorización anímica motivada

por un dolor físcio, del mismo modo que sucede ante la pesadumbre del ánimo.

No queremos dejar de hacer presente que la sensación dolorosa puede repercutir a distancia sobre órganos más o menos alejados por un mecanismo que a veces podrá acoplarse al del dolor referido, y otras, merced a acto reflejo, de arco más o menos amplio. Y, naturalmente, puede ser afectado con mayor facilidad aquel territorio orgánico especialmente predispuesto con anterioridad, constituyendo un *locus minoris resistencie*.

Esto no deja de tener importancia clínica. Aun antes de saberlo, nosotros sentíamos repugnancia a ciertas intervenciones en enfermos tarados de su centro circulatorio. Después hemos conocido que nuestra instintiva prevención no era infundada. Este *peligro* del dolor hay que tenerlo presente, sobre todo ante ciertos organismos deficientes. Conviene también tener en cuenta que, si bien en ciertos casos está justificado el temor a la anestesia, puede estar menos peligrosa que el mismo dolor, pues se puede establecer un cuadro de shock doloroso.

* * *

Dejando de lado mil lucubraciones que el dolor pudiera sugerirnos, vamos a intentar deducir de cuanto antecede algún jalón práctico para la clínica estomatológica.

Principalmente es interesante tratar correctamente un enfermo para lograr su curación y, si no es posible, el alivio de su dolencia; pero también tiene máximo interés pronosticar los ulteriores conocimientos. Mas para conseguir estos fines con la mejor exactitud es necesario haber sentado un diagnóstico cierto.

Ante un dolor, o síndrome en el que el dolor destaca, es primordialmente interesante averiguar su origen, su causa, pues así el tratamiento será mejor dirigido. Muchas veces habremos de contentarnos con una terapéutica analgésica sintomática; pero aquí rara vez puede ser peligroso, no sucediendo que el enmascaramiento del dolor haga perder la oportunidad del mejor momento de actuar, como se dan casos en cirugía general.

Debemos procurar, pues, aplicar en clínica los conocimientos que nos brinda la psicofisiología del dolor para deducir la

conducta más útil en cada ocasión. Procuraremos señalar algunos casos que nos inspira nuestra propia experiencia.

Al presentarse en nuestra consulta un enfermo con dolor debemos preguntarle tres cosas: ¿dónde duele?, ¿por qué duele,, ¿cómo duele?

La contestación a la primera interrogación, ¿dónde?, podrá darla el mismo enfermo o tendremos que hacerlo nosotros, porque ya hemos visto que la apreciación subjetiva es a menudo engañosa. Desde luego, el paciente nos dirá con mayor o menor precisión el asiento de su dolor y, efectivamente, bajo el punto de vista práctico *allí en donde duele*; por eso, al preguntar nosotros ¿dónde?, nos referimos a la localización del estímulo, para que la lesión o síntoma podamos establecer relación de causa a efecto.

En algunos casos excepcionales ocurre que, a pesar del interrogatorio mejor dirigido y de la exploración más detallada y cuidadosa no se descubre la localización del motivo; pudiendo suceder que, en cambio, se ponga de manifiesto una estabilidad anímica, tendencia desproporcionada a la sugestión o cualquier signo que nos ponga en la sospecha de una neurosis, caso en el que sería justificado, en principio, el diagnóstico de dolor psicopático.

Pero nunca se previene uno bastante en evitación de un error de juicio, porque la experiencia nos dice que lo que hoy no se aprecia, mañana se pone de manifiesto, ya que el tiempo es maestro en gnóstica.

Hay que prevenirse también de los posibles errores que ocasiona el dolor referido y que la exploración, debidamente encaminada, aclara de ordinario; pero también hay que tener en cuenta la posibilidad de una *sinalgia*, o sea una defectuosa exteriorización del dolor, generalmente en punto simétrico del lado opuesto. Son muchos los casos insertos en la literatura médica, siendo particularmente interesante el de Weir-Mitchell: una mujer herida sobre el pie derecho sintió simultáneamente un vivo dolor en el pie izquierdo, que perduró cierto tiempo aún después de la curación de la herida. En esto debemos ver la explicación de aquellos problemas clínicos que se nos dan con relativa frecuencia: un paciente se queja de dolor en

un molar que está sano, así como todos los del mismo lado, mientras que simétricamente en el lado opuesto hay suficiente motivo que lo explique.

Si el enfermo por su conocimiento subjetivo nos dice donde le duele, no cabe duda que en la inmensa mayoría de los casos el conocimiento anatómico y funcional de las regiones objeto de nuestra especialidad, de su patología y de los medios técnicos que poseemos, nos resuelven a satisfacción el conocimiento del lugar en que el dolor asienta, o, por mejor decir, actúa el estímulo de la sensación dolorosa.

* * *

Precisada esta localización, es de sumo interés preguntarse: ¿por qué duele? Para contestar a esto hacen falta los conocimientos que vosotros tenéis; solamente el profesional podrá responder fundadamente, porque contestar a esta pregunta implica conocer y conocer bien la patología estomatológica. El vulgo, desventuradamente, no ha formado todavía un recto juicio de lo que es nuestra profesión, aunque, gracias a Dios, merced a nuestra cultura, las cosas van modificándose progresivamente. Todavía algún cliente pretende explicar la causa y mecanismo de su dolor, requiriendo de nuestras manos el tratamiento dictado por su propio juicio; pero de nuevo repetimos la decisión del profesional debe imponerse.

De este conocimiento total de la patología para contestar el *porqué* planteado, se infiere que si nosotros pretendiésemos ahora dar adecuada contestación—suponiendo que estuviera a nuestro alcance lograrlo—, tendríamos que alargar desproporcionadamente esta intervención, razón por la que sólo, a guisa de ejemplos, vamos a considerar rápidamente algunos casos.

Si como ha dicho un clínico: “Lo más frecuente es lo más frecuente.” No es extraño que un gran número de nuestros pacientes nos presenten una caries dental como causa de su dolor. Cuando el proceso avanzó ya, tanto que llegó a destruir la vital idea del diente, podrá existir dolor peridental a consecuencia de la propagación infectiva, pero para que la pieza en sí duela, es preciso que todavía las cosas no hayan llegado a ese extremo: unas veces, las más, es la infección propagada a

través de los canalículos dentinales y que es causa de la reacción inflamatoria de la pulpa, que se comprime a sí misma por estar cerrada en una caja inextensible. Otrs veces no se podrá invocar una pulpitis, al menos clínicamente, y habrá que concluir que las cosas suceden como si los gérmenes o sus toxinas, actuando sobre la inervación intrínseca del diente, han dado lugar a verdaderas neuritis periféricas. En ocasiones, están en juego los factores físicos (frío, calor, electricidad) o químicos (hidratos de carbono, ácidos), los que actuando como estímulos sobre la periferia nerviosa son causa de dolor, lo que se da con frecuencia en la caries cervical y en las piezas descarnadas, que tienen al descubierto una zona desprovista de esmalte.

La propagación infectiva fuera del diente, a la articulación alvéolar o más allá, llegando o no a la fusión purulenta de los tejidos, puede contestarnos muchas veces a la pregunta que nos hemos planteado. No podemos entrar en la descripción del maravilloso mecanismo de defensa que constituye el proceso inflamatorio, pues nos lo veda vuestra cultura y el servicio de la brevedad; pero señalemos, al menos, que la comprensión de los nervios y la acción tóxica sobre ellos son causa de dolor. Modernamente también se invoca la anoxomia de los tejidos, y ya hemos indicado la importancia que Lorente de No, verdadera autoridad en la materia, da al metabolismo oxidativo, influyente en la conductabilidad nerviosa necesaria en toda sensación.

Pero aun dentro de nuestro campo, con independencia de los dientes, también puede haber aparición el dolor: según los casos será una artritis de la témporo-maxilar, un tumor óseo de la mandíbula, una simple estomatitis o cualquiera de los mil procesos que ahora podríamos recordar, en los que la sensación dolorosa obedece a los más diversos mecanismos fáciles de enjuiciar y fue no es frecuente sean resultante de varios elementos acoplados. En una neoplaxia, por ejemplo, la compresión nerviosa, el medio tóxico perineúntico y la misma degeneración citológica del nervio pueden ser, y de hecho son, causas del dolor.

No podemos, ya lo decíamos, entrar en detalles etiológicos y patogénicos de todos y cada uno de los motivos dolorosos de

estomatología; ni siquiera intentamos enumerarlos, pues tantos son y tan varios que, aunque lo pretendiéramos, nuestra relación resultaría incompleta. Deben bastarnos estos “botones de muestra” para indicar *porqué duele*.

Únicamente consideramos de interés citar el terrible problema de la neuralgia del trigémino, en la que, a diferencia de los casos antes citados, en los que la causa dolorosa era exterior a los elementos nerviosos aquí es intrínsecamente nerviosa, al menos en concepto clínico. El cuadro sobradamente conocido puede obedecer, es cierto a una etiología general o local que la haga asequible a una terapéutica certera; pero de ordinario el fracaso de todo tratamiento que no es sintomático, y la oscuridad de su génesis la han hecho merecedora del apellido de *esencial*. En la actualidad tratamos dos casos perfectamente observados, que si bien sabemos que duele en el territorio del trigémino, no sabríamos contestar porqué duele. Claro está, que planteamos el problema, volvemos a decir, en el campo clínico, que si un examen anatomopatológico fuese posible, tal vez alteraciones en los cilindro-ejes o sus vainas mostrasen algo más.

* * *

Nos resta contestar a la tercera pregunta, ¿cómo duele? Es del mayor interés diagnóstico observar las características de un dolor, pues, según las circunstancias en que tiene lugar, así es su fisonomía. Sobre todo en algunos casos, la sensación dolorosa es tan típica que tan sólo por este dato puede sentarse un diagnóstico. Muchas veces el mismo enfermo nos da la luz suficiente al expresar lo que subjetivamente siente, pero no es despreciable el valor de nuestro interrogatorio e inspección de la región afectada.

El intensísimo dolor, desesperante, de la pulpitis aguda, que muchas veces viene como a golpes repetidos; el difuso, sordo y con exacerbaciones lancinantes del flemón en formación, con su relativa calma cuando la coacción del pus tiene lugar; las violentas sacudidas, como eléctricas, de la neuritis trigeminal, de cuya intensidad nos informa el quietismo defensivo; el creciente y después decreciente dolor que los estímulos térmicos

producen en las lesiones cervicales, perdurando cierto tiempo cuando la causa ya no actúa. son otras tantas muestras de lo que antes hemos afirmado.

Decíamos, y repetidos ahora, que el interrogatorio tiene valor cierto. Cuando un enfermo se nos presenta diciéndonos que una muela le duele, antes de mirarle sistemáticamente, le preguntamos si el dolor es o no continuo, y, sin excepción, cuando nos contesta afirmativamente comprobamos después alguno de los procesos peridentales, mientras que cuando nos informa que alternan las horas de calma y de sufrimiento, casi siempre se trata de dolor en el mismo diente, y la mayor parte de las veces existe una caries.

Y del mismo modo decíamos que nuestra inspección también resulta valiosísima para orientar el diagnóstico. Cuando un dolor se acompaña por una boca cerrada por trismus, nos ponemos en la pista de la erupción patológica cordial; si, cuando el mismo cliente no lo ha observado, provocamos dolor en una pieza al forzar la oclusión, o al menos en esta circunstancia se acentúa el dolor preexistente, con pocas probabilidades de error podemos pensar en una periodontitis.

* * *

Veamos, pues, en estos breves comentarios que el *cómo* en un dolor tiene indudable importancia clínica, del mismo modo que el *dónde* y el enjuiciar el *por qué*; justificando ampliamente la consideración práctica de estos aspectos ante todo enfermo que experimente una sensación dolorosa.

El concepto que hemos dejado señalado de sensación fisiológica no se opone a que podamos y debamos considerar al dolor como síntoma de enfermedad. Del conocimiento anatómo-patológico de una lesión puede deducirse sus efectos sobre el organismo y las reacciones en sentido de compensación y defensa; pero también puede seguirse camino inverso del síntoma a la enfermedad, lo cual es un proceder gnóstico corrientemente empleado.

Del conjunto sitomático, agrupando por coincidencia y merced a proceso de eliminación se viene en conocimiento de la enfermedad, aunque siempre el error es posible, porque las cosas

de la naturaleza no están inflexiblemente sometidas a los principios que siguen las ciencias exactas. Rara vez un dolor en estomatología será tan característico que defina por sí sólo adquiriendo valor patognomónico; pero claramente se ve la importancia práctica que la consideración del síntoma dolor, tan frecuente en nuestra clínica, tiene para enjuiciar un proceder correcto, que impondrá una terapéutica acertada y definirá un pronóstico.

Y tratamiento y pronóstico son los dos problemas básicos, cuya solución demandan los clientes en el ejercicio profesional.

* * *

No recordamos la fecha; pero hace breves años tuvimos el placer de escuchar una conferencia que acerca de "El Dolor" pronunció el ilustre profesor Hernando, en la Real Academia de Medicina de esta ciudad. Entonces aprendimos cosas que no sabíamos, y sobre todo aquella lección magnífica fué origen de meditación de lo mucho que ignorábamos en tan importante asunto, siendo también acicate a nuestro propósito de profundizar en él tanto cuanto las posibilidades permitiesen. Juzgamos que habíamos de encontrar dificultades para llegar a conseguir el fin, principalmente por escasez bibliográfica; mas hemos logrado tan copiosos materiales para levantar un edificio del dolor, que bien pudiéramos haber escrito un volumen de no despreciable tamaño.

Traemos esto a cuenta de justificación al trabajo que hemos tenido el honor de presentaros, porque si forzosamente había de ser breve, necesariamente sería incompleto. Así, aspectos importantísimos no están consignados tan siquiera, como sucede con la mímica del dolor, que no dejar de tener su importancia práctica; otros únicamente son iniciados a manera de armazón, sobre el que se puede construir.

Tal es el diagnóstico del dolor. El capítulo de tratamiento también se ha omitido deliberadamente, tanto más cuanto que lo sometemos a estudio ulterior, porque creemos que la terapéutica analgésica no sigue el debido cauce.

Las relaciones psico-somáticas en el problema de las sensaciones, es tema que nos ha cautivado singularmente y, sin em-

bargo, apenas si lo insinuamos en aras de la brevedad; tanto nos ha impresionado que deseamos dedicarles nuestras últimas palabras de esta intervención. Lo hacemos así por encontrar un bello broche final, pleno de elocuencia. Son palabras que Van der Meersch, el ilustre autor de "Cuerpos y almas", pone en boca del viejo doctor Domberlé:

"El sufrimiento es el gran educador del hombre Dontreval; la medicina clásica ignora hasta qué punto esto es verdad, incluso en el plano fisiológico. Nos ha enseñado a odiar la enfermedad, y, sin embargo, la enfermedad aclara, proviene y purifica. En el aspecto material tiene las mismas causas—ignorancia, excesos, insumisión—que el sufrimiento en el plano moral. Extraño paralelismo, ¿verdad? Al exaltar el papel de sufrimiento, los cristianos no hacen más que transporner y sublimar una verdad, ignorando hasta qué punto ésta se arraiga en lo más profundo de nuestro ser fisiológico. Si se las comprendiera bien, medicina y religión hacen en realidad la más armoniosa de las síntesis, apoyándose una en otra, en lugar de oponerse mutuamente. El plan preestablecido que conduce el mundo hacia lo mejor, es uno.

Zaragoza, febrero 1950.

Cuántos somos en la Argentina. — De acuerdo con las compilaciones efectuadas por la Dirección Nacional de Investigaciones, Estadísticas y Censos, había registrados en el país el año pasado 6.643 dentistas en actividad, o sea cuatro profesionales por cada 10.000 habitantes. Más de la tercera parte de los odontólogos residían en la ciudad de Buenos Aires, donde se registraban 9.5 por cada 10.000 habitantes. En Mendoza se anotó una proporción de 8 por 10.000. En cifras absolutas ocupa el lugar inmediato a la capital federal la provincia de Buenos Aires, que cuenta con 1.533 odontólogos, poco menos que una cuarta parte del total del país, pero sólo 3,5 por 10.000 habitantes, inferior al promedio del país. Las cantidades anotadas podrían ser aumentadas si se computaran los profesionales que no actúan. La comparación con los Estados Unidos de América es como sigue: Argentina, 6.643; Estados Unidos, 72.060. Proporcionalmente a la población de ambos países, las cantidades serían equivalentes, ya que la Argentina cuenta con 0,41, y Estados Unidos, con 0,55 por 100.