

◦ EL MEDICO Y EL ODONTOLOGO: UNA ACTUACION COOPERATIVA CONTRA LA ENFERMEDAD

por

F. Howard Westcott, M. D., F. A. C. P.

CUANDO más tiempo se practica la medicina, más se convence uno de que el médico y el dentista pueden y deben cooperar más íntimamente si han de combatir con éxito las numerosas enfermedades modernas. La enseñanza dental debe equipararse en la actualidad a la educación médica, tendiendo hacia el punto de su moderna especialización en los campos de la práctica. El resultado final de esta relación estudiantil más íntima sería el llevarnos a la convicción del valor recíproco que tiene la continuada cooperación profesional en la práctica de la investigación.

Estos campos de actuación están tan íntimamente conexiónados, que sin su comprensión es siempre un fracaso el intentar una campaña de eliminación de la artritis infectiva, asma infectivo, neuritis, cefalalgias, estomatitis ulcerosa y colitis, así como también de la úlcera del estómago, lesiones de la vesícula biliar, nefritis y malnutrición. Un examen detenido nos revelará que todas estas enfermedades lo mismo pueden ser debidas a trastornos metabólicos por defectos de nutrición o causas carenciales como a focos de infección.

Cooperación médica.—A la vista de entidades nosológicas de importancia, el odontólogo cuidadoso debe saber precisar cuándo necesita la ayuda médica. He aquí algunos de los problemas con que se confronta: Aparte de la extracción, ¿qué debe hacerse ante repetidos casos de abscesos den-

tarios? Aparte de las obturaciones, ¿qué debe hacerse ante casos de caries profundas y rápidamente agrandadas? ¿Por qué, aun bien tratada, no se cura una estomatitis, o por qué hay mal olor en una boca limpia? ¿Qué significado tiene la resistencia al tratamiento de un caso de estomatitis ulceromembranosa o de hiperplasia? Todos estos problemas, y muchos más, exigen una estrecha colaboración y esfuerzo mutuo entre el médico y el odontólogo.

Responsabilidad dental.—¿Qué debe esperar el médico del odontólogo cuando le envía algún enfermo para su estudio y tratamiento?

1. Una boca limpia o en vías de limpieza perfecta; unos dientes apropiadamente raspados y con superficies bien limpias, en las que no se puedan con facilidad depositar restos de alimentos y de tejidos orgánicos, con la producción inmediata de millones de bacterias.

2. Encías finas y duras, bien adaptadas a los dientes, eliminando la existencia de masas blandas, esponjosas y sangrantes que puedan albergar espirilos, cocos y bacilos.

3. Trabajos de puentes prácticos que ajusten con facilidad y comodidad y que no puedan ser fuentes de irritabilidad nerviosa.

4. Un estudio bucal radiográfico satisfactorio.

Nadie está más capacitado para hacer e interpretar radiografías dentarias mejor que el dentista. El técnico comercial está incapacitado para poder interpretar apropiadamente las radiografías, por no poder seguir la curación en el sillón dental ni ser capaz de hacer un correcto diagnóstico. La mayor parte de los profesionales aprendemos a través de nuestras equivocaciones, pero ello será siempre que seamos capaces de verlas. Las radiografías nos son de una gran ayuda no sólo como medio de diagnóstico de las infecciones, sino también como guía en el desarrollo y crecimiento del hueso. En un reciente Congreso Médicodental, James C. Healy, de Boston, estableció que el crecimiento de los huesos y los centros de osificación servían de índice del desarrollo normal o perturbado de los niños. Demostró

cómo se podía con seguridad determinar la edad de desarrollo de los embriones y de los niños por la indicación de ciertos centros de osificación. Además, la normalidad del desarrollo puede ser determinada por comparación de la edad del niño con sus radiografías dentarias y óseas. Cuando son sospechosas las pruebas de vitalidad de los dientes, los rayos X son de valiosísima ayuda.

5. Los frotis de gérmenes tomados de los ápices de los dientes y hechos por un método apropiado. Es interesante esta región para la toma de frotis por estar en ella, en contacto, el área vascular de la bolsa piorreica con la membrana peridental. La técnica siguiente, descrita por Renegan, es muy satisfactoria: a) Asepsia quirúrgica para preparar el campo. b) El empleo de gasa esterilizada (no basta con que sea limpia) para rodear el campo. c) La extracción hecha con instrumental y forceps esterilizados. d) El empleo de un asa estéril para tomar el material de cultivo del ápice radicular. e) El cultivo hecho en un laboratorio de reconocida solvencia.

Muchos médicos tienen predilección por los odontólogos conservadores, o sea por aquellos que no tienen extraordinaria prisa en proceder a la extracción de cualquier diente. La extracción de muchos dientes infectados en la misma sesión es peligrosa, por las siguientes razones:

1.^a Puede ser la apertura de una gran puerta de entrada a una intensa irrupción de bacterias en el torrente sanguíneo. Si la resistencia del paciente es baja puede originar una bacteriemia o septicemia.

2.^a Ello elimina una excelente fuente de autovacunación. La experiencia demuestra que la irrupción repetida de pequeñas dosis de bacterias en el torrente sanguíneo procedentes de una o de dos bolsas infectadas, actúa como la mejor vacunoterapia. Si las extracciones están espaciadas entre varias semanas, de ese modo se produce una autovacunación mucho mejor que la hecha en el laboratorio más cuidadoso.

Responsabilidad médica.—En correspondencia a lo an-

terior, ¿qué es lo que el odontólogo debe esperar del médico?

El médico debe, en una visión completa del enfermo, proceder a un extenso examen físico del paciente y una investigación clínica en cada caso particular.

Esto obliga primero a hacer una cuidadosa anamnesis. La herencia juega un papel muy importante en el desarrollo. La destrucción dentaria es debida, en un 7 al 10 por 100 de los niños, a un fondo hereditario pobre en defensas; en el 9 al 12 por 100 hay una inmunidad individual relativa a las caries; el 78 a 84 por 100 remanente es un campo enteramente a nuestra disposición para actuar sobre él por medio del control de la dieta, del balance endocrino y de la regulación metabólica. Otro medio de actuación lo tenemos, al saber que el desarrollo dentario tiene un gran fondo hereditario, en proporcionarles una fuente adecuada de minerales básicos (calcio, fósforo, potasio, hierro, etc.), de hormonas reguladoras y de vitaminas.

El desarrollo de los dientes de leche puede ser demostrado en los estudios de los embriones de noventa y dos días por rayos X. Desde ese tiempo hasta su liberación la madre debe proporcionarle todos los materiales de nutrición que le son necesarios, aun a costa de su propio sacrificio. La naturaleza ha dotado al embrión del poder de absorber y utilizar las sales, vitaminas y alimentos de los tejidos maternos, aun cuando este esfuerzo la deje exhausta.

Para subvenir a estas necesidades de ella misma y del feto con suficientes elementos para el desarrollo de los huesos y dientes, la madre gestante debe proporcionarse un aumento de estos elementos nutricionales de un 10 por 100 sobre sus necesidades normales. Es de gran importancia hacer notar que no es útil la administración en esta época de los elementos minerales necesarios si, al mismo tiempo, no se administra a la madre, en cantidades apropiadas, las vitaminas A y D. Es muy eficiente el administrar al mismo tiempo fosfato dicálcico (1 gr.) con viosterol (1.000 unidades). Una dieta bien equilibrada es, desde lue-

go, un prerrequisito importante para estos trastornos carenciales.

Endocrinas. — El nacimiento, crecimiento y desarrollo están regulados por las glándulas de secreción interna: tiroides, cuerpo pituitario, ovarios, testículos, timo y glándulas suprarrenales. No es infrecuente tener alguna de estas glándulas en un anormal funcionamiento, siendo esto solo causa de que se perturbe el equilibrio funcional.

Este desequilibrio endocrino es reconocido en la actualidad como una perturbación corriente. Hasta muy recientemente no se reconocían las lesiones leves de estos desequilibrios, y únicamente aquellos casos en que existían deficiencias avanzadas y muy marcadas eran los tratados.

En la actualidad, los casos de paperas tóxicas, cretinismo, hipopituitarismo y gigantismo son infrecuentes si se les compara con los frecuentísimos de trastornos iniciales o medio. ¿Cuáles son los signos diagnósticos que el dentista puede observar para hacerle sospechosas estas afecciones?

Tiroides. — Nervosismo extremo acompañado de temblor de manos muy suave (no el temblor corriente de miedo) y una transpiración profundísima son indicación de hiper-tiroidismo. Si el abombamiento exoftálmico se presenta, además, el diagnóstico puede ser casi asegurado. En el extremo opuesto de la escala encontraremos una piel seca, cabellos ásperos y quebradizos, labios delgados y embotamiento de la corriente nerviosa, como síntomas indudables de hipotiroidismo. Evidencia confirmadora de dicha suposición será un ablandamiento extremo del esmalte y dentina con excesiva reabsorción radicular, y esmalte coronario escaso. Esta decalcificación anormal se evidencia por estudios radiográficos, tanto en el cretinismo endémico como en el esporádico y corre paralelamente al desarrollo óseo retardado.

Paratiroides. — Es opinión corriente en la actualidad el afirmar que la decalcificación anteriormente mencionada es debida en la mayor parte de los casos a una perturbación paratiroidea concomitante con el hipotiroidismo. Otra evi-

dencia de enfermedad patiroidea puede ser una tendencia a trismus o a espasmos musculares y una excesiva fragilidad de huesos y dientes. Todos los pacientes que tienen mandíbulas quísticas o áreas de decalcificación deben ser examinados en lo referente al metabolismo del calcio antes de llevar a cabo muchas extracciones.

Pituitaria. — La perturbación pituitaria causa cambios estructurales más bien que predisposición a la caries. Un excesivo crecimiento mandibular o una amplia separación entre los dientes sugiere un trastorno hipopituitario. Los dientes en estos enfermos son mayores que el término medio, lo cual acentúa el tamaño facial, como ocurre en la acromegalia, la cual es un grado extremo de este síntoma. En los estados hipopituitarios encontramos mandíbulas estrechas, arcos palatinos altos y dientes con coronas pequeñas, con fragilidad general ósea, como ocurre en la enfermedad de Paget (osteitis deformante) y en las formas menos graves de deficiencia.

Gonadas. — La deficiencia gonadal también se manifiesta en cambios estructurales, así como también en numerosas peculiaridades personales. Las relaciones de las estructuras dentarias con las gonadas se establece indirectamente a través del balance endocrino perturbado, el cual proviene de la disfunción ovárica o testicular. Es importante su reconocimiento y las relaciones de esta asociación.

Los signos subjetivos de la deficiencia gonadal son: tendencia al engrosamiento y a los cambios de la personalidad. Los hombres afeminados con frecuencia muestran una piel blanda y lisa con escaso desarrollo de vello. Una distribución femenina de grasa en el término medio de estos casos puede ser puramente gonadal, pero en los casos más marcados ello significa que el cuerpo pituitario y el tiroi-des han sufrido también cambios depauperantes. Cuando al mismo tiempo se presenta hipoplasia genital constituye lo que generalmente se describe como síndrome de Froelich.

Una voz aflautada y amaneramientos afeminados son

signos menos característicos como no estén asociados a los cuadros anteriormente mencionados. Hasta hace algunos años se creía que los “caninos con puntas agudas” o incisivos superiores de formas pequeñas, e incluso en algunos casos ausentes, eran características de hipogonadismo. Las observaciones continuadas no han confirmado este hecho.

Páncreas.—El hipoinsulinismo o diabetes melitus es la más común de las formas de trastorno pancreático. Los síntomas son: debilidad general, tendencia a las infecciones y pertinacia de su tratamiento, y un aumento en la sepsis bucal con enorme tendencia a la total destrucción dentaria. Estos síntomas van con frecuencia acompañados de palidez, poliuria y disuria, mucosas de rosa oscuro y lengua lisa en los estados precoces, que en los más avanzados se cubre de una capa saburrosa, que es cuando comienzan los trastornos digestivos.

El diagnóstico se confirma fácilmente por el hallazgo de grandes cantidades de azúcar en la sangre y en la orina. A fin de obtener satisfactorios resultados con cualquier clase de medidas terapéuticas que se trate de tomar con estos enfermos, es la primera condición que han de cumplir la de someterse a un régimen alimenticio que corrija la glucosuria e hiperglucemia.

El tratamiento de las diversas formas de estos desórdenes endocrinos, naturalmente, corresponde al especialista médico competente. Bástenos decir aquí que la mayor parte de ellas son susceptibles de adecuado tratamiento.

Metabolismo.—La importancia del metabolismo de las sales minerales, alimentos y vitaminas, fué recientemente tema de discusión de una reunión de la Asociación Americana de Odontología. Aquí debemos esclarecer, sin embargo, la importancia que en estos últimos años se ha dado a los estados carenciales del hierro, calcio, fósforo y vitaminas.

La malnutrición es con frecuencia enmascarada por una obesidad general o por el empleo de cosméticos embaucadores. Las mucosas y la conjuntiva son siempre indicado-

ras de la existencia de anemia, si bien en los casos dudosos se debe recurrir al recuento globular.

Vitaminas.—La deficiencia en la ingestión de las vitaminas A y D es frecuentísima en nuestros casos diarios de práctica profesional. De los signos de esta perturbación que con más frecuencia están al alcance del odontólogo, la xeroftalmía o inflamación ocular con exudado purulento es el indicador de un grado bastante avanzado de deficiencia vitamínica A. Si además de este dato el paciente presenta encías esponjosas y piorrea alveolar, se puede considerar como señal indudable de que esta avitaminosis A procede de larga fecha. Algunos autores afirman rotundamente que la vitamina A es específica de esta afección dentaria, pero precisan estudios más detallados para poder asegurar esta afirmación.

Uno de los efectos de la vitamina A más aceptados en la actualidad es su utilización para aumentar la resistencia a las infecciones. En este empleo su utilidad aparentemente descansa en su capacidad de mantener intacto el epitelio, con lo cual le hace resistente a la entrada de gérmenes.

La deficiencia vitamínica D es probablemente la más conocida y más fácilmente combatible de todos los estados carenciales. Su efecto más directo es la fragilidad de los huesos y su defectuoso crecimiento. En la mayoría de los casos coincide con una disminución del contenido de fósforo en la sangre y una ligera reducción de su contenido en calcio, siendo este desequilibrio la causa directa de la defectuosa osificación y crecimiento de los huesos. Sin embargo, en presencia de una adecuada cantidad de vitamina D en el organismo, es indiferente la proporción de calcio y de fósforo en el régimen dietético, a causa de que el que existe se asimila y se fija con perfecta utilidad. Esta capacidad para causar calcificación es responsable de la apropiada formación y desarrollo de los dientes, así como también del poder de formación de la dentina secundaria.

Desgraciadamente, la vitamina D está muy pobremente distribuída en el régimen dietético medio, y se requiere, por

lo tanto, una fuente de administración supletoria. Una medida fácilmente asequible de producción de esta clase de vitaminas son los rayos ultravioletas del sol. Nosotros podremos también proporcionarnos una fuente de entrada por medios artificiales diversos, pero la de mayor contenido es el aceite de hígado de pescados de profundidad: bacalao, halibut, perca, etc. Debemos encarecer aquí que de estos aceites los más apropiados para su administración son los que no han sufrido proceso de concentración. En la profilaxis infantil los no concentrados son con mucho preferibles a las formas más potentes.

La deficiencia en la vitamina C es la causa del escorbuto. Grados más incipientes de esta deficiencia son, no obstante, de gran importancia para nosotros, puesto que rara vez se ven en la práctica profesional corriente estados avanzados de escorbuto.

Estados hemorrágicos bucales, lengua dolorida, úlceras, mucosas esponjosas y trastornos digestivos imprecisos, pueden hacer sospechar esta afección. Formas más intensas pueden ser causa de una forma difusa de piorrea trófica.

Ha sido tema de discusión el aserto de que la avitaminosis C aislada puede ocasionar síntomas escorbúticos. ALFRED HESS, precursor en las investigaciones vitamínicas, es de opinión de que la restricción en el crecimiento de la flora intestinal que sigue a la avitaminosis C es la que puede considerarse como única responsable de los síntomas.

Esta sugestión tiene su base en las diferentes formas de deficiencias vitamínicas de la C, que se encuentran en el hombre y en los animales.

El régimen dietético infantil medio esta casi exclusivamente constituido de leche y de cereales, ambos pobres en vitamina C. Las fuentes mayores de esta vitamina son las frutas, especialmente las cítricas; las verduras y las patatas. Hay en el comercio excelentes preparaciones de ácido ascórbico, que son muy útiles en esta avitaminosis. Como dosis profiláctica podemos considerar 16 onzas al

día de jugo de frutas, y dosis terapéutica es 100 mg. de cebione.

A continuación damos un resumen de las fuentes principales de vitaminas en los alimentos:

Vitamina A: Aceite de hígado de bacalao, aceite de hígado de halibut, manteca de vaca, zanahorias crudas, cereales, queso, nata, huevos, arenque, mantecado, hígado de ternera y de cerdo, leche, huevas de pescado, salmón, berros.

Vitamina B: Trigo, levadura de cerveza, habas, habichuelas, salvado, pan de trigo, cereales, yema de huevo, avellanas, lentejas, guisantes secos, arroz sin mondar.

Vitamina C: Espárragos, col cruda, jugo de uva, jugo de limón, lechuga, zumo de naranja, guisantes verdes, pimiento verde, espinacas, naranja, tomates crudos o en conserva, berros.

Vitamina D: Aceite de hígado de bacalao, aceite de hígado de halibut, yema de huevo, arenques, salmón, sardinas, pescado en conserva.

Infección.—La infección se presenta en casi todas las formas de enfermedad. En la actualidad empiezan a estudiarse sus relaciones con la caries dentaria.

Brevemente resumida, la última teoría de la infección y sus relaciones con el proceso de destrucción dentaria es la siguiente:

Los estudios de cultivos muestran casi constantemente flora microbiana mezclada en las áreas de caries y en las lesiones de las membranas bucales. Hasta ahora no ha sido probada la existencia de una sola clase de gérmenes que sean causa específica de caries.

Parecen existir relaciones simbióticas: 1) entre las bacterias; 2) entre las bacterias y sus toxinas; 3) entre las bacterias y ciertos alimentos, y 4) entre las bacterias y los productos consecutivos a los alimentos. Parecen ser evidentes las relaciones de formación de ciertos ácidos, como el láctico, y las bacterias bucales, los cuales, de rechazo, afectan al hueso y a las mucosas bucales, haciéndoles susceptibles a la acción de otros gérmenes. Se han publicado

ya muchos trabajos de investigación acerca de estos problemas, y es de esperar que su solución definitiva no se haga esperar mucho tiempo.

Podemos apuntar como estado actual de esta cuestión que la presencia de azúcar libre en la boca es un medio muy favorable para el crecimiento del bacilo ácido láctico y de los gérmenes con los que está en relación. Todavía no estamos en condiciones de poder asegurar qué contenido de este ácido es el productor de caries. La teoría más aceptada en la actualidad es que, en combinación con los gérmenes, los defectos tradicionales locales y la pobreza física general del organismo da como resultado lo que nosotros llamamos destrucción de tejido dentario o caries. (P. Murcia)

(J. A. D. A. Vol. 25, y D. C. Vol. 28.)

• EL XIV CONGRESO NACIONAL DE ODONTOLOGIA

por

D. Fernando Muñiz Toca

Nuestro "XIV Congreso Nacional de Odontología" está basado en un tema de tan interesante actualidad y tan íntimamente ligado a los deberes de mi cargo, que por ello, precisamente, no he dudado en aceptar vuestra gentileza y sólo lamentaría no aceptar a darle la amenidad conveniente para llevar a vuestro ánimo el convencimiento de la importancia y transcendencia que estos Certámenes tienen en nuestra vida colegial.

Como sabéis, el último Congreso, titulado "XII Congreso