

EL PROBLEMA DE LA REINSERCIÓN EN PERIODONCIA *

por el

DR. JORGE S. MAZZONI

El problema de la reinsertión tiene en periodoncia múltiples aspectos, los que nos lleva a considerarlo en diversos planos, sobre los cuales conviene previamente ponernos de acuerdo, a fin de evitar confusionismos.

En el sentido amplio, cuando hablamos de reinsertión en clínica de periodoncia, nos referiremos a fibras o cabos periodontales que toman inserción, tanto en la pared cementaria u ósea, pero en regiones donde, por una causa extraña al proceso normal, habían quedado desprovistas de ellas.

Conviene recordar que el proceso de reinsertión entra dentro del cuadro de metaplasia, por el cual se mantiene la estructura normal del paradencio.

Ese cuadro normal de sustitución de fibras insertadas ofrece en su exacta descripción y en el análisis íntimo del proceso, muchos aspectos aún no esclarecidos.

Este cuadro no será tratado por nosotros en este momento.

Nos referiremos al proceso de reinsertión, que tiene o debe tener lugar en zonas que, por causas patológicas o extrañas a ese proceso normal de sustitución, han quedado desprovistas de fibras insertadas.

En primer término debemos hacer una referencia anatómica. La reinsertión se puede verificar en la zona supra-ósea y por lo tanto las fibras sólo se referirán a una pared, la dentaria. En segundo lugar el proceso puede verificarse, en zonas profundas del paradencio y los cabos son, por lo tanto, cementado a la misma como se pueden clasificar en dos tipos: primero, óseos.

* Trabajo presentado en la Primera Semana de Periodoncia, Poços de Caldas, Brasil Julio de 1951.

La parte experimental de este trabajo ha sido realizada en el Instituto de Fisiología, Facultad de Medicina, Montevideo. Director: Profesor Dr. D. Bennati.

Las microfotografías que aquí se presentan sólo se refieren al aspecto del problema de las fibras en el cuadro de la reinsertión, dejándose para otra publicación la documentación sobre los otros tópicos, principalmente las que se relacionan a las posibilidades del endotelio vascular.

Colaboración de la SOCIEDAD ARGENTINA DE PARADENTOSIS.

Desde el punto de vista clínico, conviene clasificar al proceso según estas dos posiciones, dado que el cuadro de curación no sólo tendrá orientaciones distintas, sino que también estará regido por una terapia que difiere.

Parecería que determinar si se ha verificado o realizado una reinserción, es una cosa que no ofrece mayores dificultades. Sin embargo, cuando se profundiza un poco el problema, estas dificultades van apareciendo y cada vez más seriamente.

No debemos olvidar que queremos situarnos en una posición clínica, pero no empírica, de manera que las distintas bases que nos llevan a proceder puedan ser empleadas con éxito.

Desde el punto de vista histológico, una reinserción parecería fácil definir: ella estaría constituida por aquel cuadro que nos muestra fibras que han sido incluídas dentro del cemento o del hueso y que se continúan en él.

Veremos, en algunos cuadros, que esto no siempre coincide con lo que debe ser una definición clínica y que no basta que una fibra se encuentre en estas condiciones para que nosotros podamos hablar de un proceso de reinserción en forma estricta.

Clínicamente no sólo debe producirse este cuadro, sino que también esas fibras deben tener carácter funcional y biológico que nos conduzcan a deducir una función y una biología restauradas.

Como veremos, cuadros histológicos de reinserción no siempre pueden ser interpretados en esta forma.

Clínicamente el juicio de reinserción se hace por diversos síntomas, los que tampoco pueden llevarnos a interpretar un proceso histológico de reinserción en forma precisa.

En efecto, clínicamente, la reinserción se deduce:

1. Por la inspección clínica de exploración de fondo de bolsa. Una menor profundidad de la misma implicaría un signo positivo.

2. Radiográficamente, el proceso tiene el significado de una aposición ósea. También, como veremos en algunos cuadros experimentales, esto no puede ser interpretado estrictamente como reinserción. De cualquier manera, es indudable que significa un cuadro de reparación.

Antes de proseguir adelante, queremos dejar bien aclarado

que la posibilidad de reinserción y del restablecimiento de la estructuración normal no se discute: eso es posible.

Lo que nosotros planteamos se refiere a:

1.° Valor histológico de la reinserción para la interpretación de un proceso de curación.

2.° Juicios clínicos y la validez de los mismos para interpretar un cuadro histológico de reinserción.

3.° Posibilidades de reinserción en la práctica y las guías que nos puedan ayudar en el intento de la misma.

VALOR HISTOLÓGICO DE LA REINSERCIÓN

La inclusión de una fibra, tanto en el cemento como en el hueso, puede tener el significado histológico de fibra reinsertada; indudablemente que suponemos que en esa región dichas fibras habían perdido esas condiciones.

Pero hemos dicho que no todas las fibras que tienen esta característica deben hacernos suponer una función y una biología restauradas. Por la observación podemos establecer, como tendencia normal de las fibras, su disposición más o menos perpendicular a toda pared calcificada, tanto ósea como cementaria. A tal punto podemos comprobar esto, que diversos procesos que no conducen a la reparación—por tratarse de cuadros orientados, por ejemplo, en la línea inflamatoria, los cuales, a pesar del tiempo transcurrido desde la producción de un trauma experimental, no evidencian una tendencia reparadora—nos muestran fibras en las condiciones antes dichas, es decir, insertadas.

Debemos tener en cuenta, cuando el cuadro histológico nos evidencia elementos en estas condiciones, la orientación del mismo proceso, el que frecuentemente se puede deducir del mismo examen microscópico.

Sin entrar a profundizar el problema y teniendo en cuenta la argentofilia de estas fibras, podemos decir que es de acuerdo a la misma como se puede clasificar en dos tipos: primero, aquellas que toman claramente el nitrato de plata, y que podemos ubicarlas en la línea reticular, como elementos inmaduros, frecuentemente evidentes en las reacciones inflamatorias y en diversos procesos en evolución; segundo, los elementos del

tipo colágeno, que se colorean en rubio oro más nítidamente que las fibras colágenas comunes y que nos evidenciarían la tendencia funcional de las fibras del paradencio de inserción.

Cualquiera de estos dos elementos pueden estar incluídos, insertados en las paredes dentarias, y nos muestran dos procesos orientándose en forma distinta.

Debemos tener en cuenta que al lado de estós cuadros pueden evidenciarse elementos o fibras dispuestas en forma meridional, no insertadas, disposición que puede coincidir con procesos aun del tipo reparativo, en el sentido de una estructura ósea o cementaria neoformada.

Elementos en estas condiciones han sido evidenciados en procesos experimentales de bolsas intra-óseas, labradas quirúrgicamente, en piezas injertadas o reimplantadas y en dientes fuera de función.

Junto a la dirección de las fibras y a las características de las mismas debemos, en el cuadro de la reinserción, tener en cuenta dos aspectos más: el de metaplasia cementaria y ósea.

Podemos decir que en cada uno de ellos existen a la vez condiciones que se refieren a dos puntos de vista: al microscópico celular y de las diversas sustancias que se pueden individualizar, y al químico, o sea, de las estructuras submicroscópicas que responden a las distintas excitaciones, similar al que se produce en la organogénesis del aparato de soporte, pero donde las condiciones que regulan al mismo, o sea las excitaciones, pueden haber variado en tal forma, que ese cuadro puede mostrarnos figuras de reparación completamente atípicas.

Como en todo cuadro de metaplasia conjuntiva, deben tenerse en cuenta las diversas relaciones que se pueden establecer entre los elementos celulares, sobre todo aquellas que se refieren al elemento del tipo joven, embrionario, indiferenciado y en el que se pueden suponer capacidades evolutivas, histogénéticas, capacidades que estarán condicionadas por diversos factores generales y locales de ese organismo. Debemos tener presente que ese proceso evolutivo que se debe realizar a partir del elemento joven, influenciado por estos factores locales y generales, será el que nos condicionará el proceso de curación.

El cuadro de metaplasia estará, pues, regido en su produc-

ción, o mejor, en su dirección, por las diversas condiciones que deberemos influenciar, ya sea con una terapia local o por medio de aquella que modifique los elementos que extravasan del compartimento vascular y que intervendrán en el sentido de la reacción biológica, orientando ese cuadro de metaplasia.

Prescindir de cualquiera de estas dos circunstancias significa incompreensión del problema y un probable fracaso.

Esto nos conduce al estudio de los diversos factores que se deben tener en cuenta en la clínica, en un intento de reinserción.

Podemos suponer que los elementos celulares locales, pensando, ya sea en los fibroblastos jóvenes o en células indiferenciadas, estrelladas del tipo mesenquimal embrionario, se pueden orientar hacia dos líneas distintas, en su expresión: en la línea constructiva de metaplasia, evolucionando no sólo hacia la formación de fibras, sino también hacia la formación de cementoblastos y osteoblastos, o bien, en la línea defensiva, con la producción de elementos de la serie blanca: linfocitos, células plamáticas, etc.; cuadros que, cuando toman ciertas características de infiltración crónica, podemos pensar que deben ser influenciados, pues se encuentran desviados y no conducen ni a la reaparición ni a la reinserción en el sentido funcional.

Es en esas condiciones cuando pueden observarse fibras insertadas, tanto en la pared dentaria como ósea, fibras que podemos suponerlas del tipo inmaduro por su acentuada argen-tofilia y donde la inserción puede hacerse en una capa de neo-cemento, capa cementoide que en estas condiciones se presenta completamente atípica por su estructura y por sus cualidades tintoriales.

Las fibras en estos cuadros, indudablemente insertadas en esas paredes, no tienen una interpretación funcional ni biológica en la dirección del mantenimiento del órgano dentario como aparato de soporte del mismo, y deben ser incluídas en la línea reticular, formando parte de la trama de soporte de los elementos orientados en forma defensiva y, por lo tanto, con un significado distinto que la fibra periodontal. Podemos suponer que la metaplasia se ha orientado en el sentido retículo-endotelial.

EXPERIMENTACIÓN

El estudio de los diversos cuadros histológicos ha sido verificado y realizado por nosotros experimentalmente en perros, por medio de la producción de procesos quirúrgicos intra-óseos, principalmente; procesos que fueron regulados en distinta forma: localmente, por traumas agregados de manera de entorpecer el cuadro de curación y deducir las capacidades de superación de los tejidos frente a las distintas causas locales. La influenciación de carácter general, empleando animales en distintas condiciones y de diferente edad, carenciados, con perturbaciones periodontales patológicas, etc. En diversos períodos del proceso de curación fueron influenciados, tanto localmente como por vía general, mediante inoculaciones de gérmenes, cultivos vivos y adaptados, toxinas, colorantes vitales, tinta china, tripan azul, etc.

Los animales fueron sacrificados en distintos períodos y las observaciones pueden ser resumidas en los siguientes puntos:

A) *Capacidad de regeneración a partir de procesos ejecutados en la margen (lesiones intra-óseas)*

1.° La curación, en animales jóvenes, de procesos verticales intra-óseos, se establece más rápidamente, observándose curaciones de primera intención, es decir, la metaplasia a partir del coágulo, cuando el proceso tiene localización en una sola cara dentaria, o sea cemento-ósea.

2.° La desorganización del coágulo, la infección del mismo y la orientación linfocitaria, siembre en animales en buenas condiciones, son mucho más frecuentes cuando los procesos labrados intra-óseos toman dos caras dentarias, es decir, dentodentales.

3.° La reestructuración ósea tiene por guía las paredes laterales, a expensas de las cuales se inicia la osificación por medio de osteofitos.

4.° Curetajes y lesiones en el cemento constituyen frecuentemente obstáculos y focos inflamatorios que dificultan el proceso de reparación. En general, son heridas donde los coágulos sufren procesos de desorganización, exigiendo la limpieza de los mismos y formación de nuevos coágulos.

5.° Estas condiciones locales son superadas más fácilmente en relación directa con la edad del animal y su estado de nutrición. En esta forma es posible llegar a la observación de verdaderas reconstrucciones cementarias por perforaciones a través del cemento que pueden extenderse aun hasta el conducto.

6.° La reestructuración ósea, cuando se han producido escotaduras experimentales en la pared dentaria, nos permite observar una neoformación ósea, que no sólo colma el espacio periodontal destruido, sino que llega a compensar la destrucción de cemento (siempre en animales en buenas condiciones).

7.° Es posible observar diversos cuadros de metaplasia, entre los cuales debe mencionarse la capacidad evolutiva a partir del endotelio vascular. Es frecuente que a la intensa neoformación de vasos siga una endoteliosis de sus paredes, las que pueden evolucionar las diversas maneras, ya sea quedando como verdaderas cicatrices en el espacio periodontal, o bien sufriendo una transformación fibrosa.

8.° La disposición de las fibras: pueden tomar direcciones atípicas, no siempre cemento-óseas, observándose sean entrecruzamientos con disposición radial y cruce central, direcciones meridionales, paralelas al eje del diente, sean éstas del lado óseo o cementario, dispuestas en manojos, dado que en otras porciones de la circunferencia periodontal no se observan. Es frecuente la comprobación de fibras, desprendiéndose de estos vasos, en reticuloendoteliosis disponiéndose en la trama de la región correspondiente del paradencio.

9.° Se pueden observar vasos con direcciones diversas, frecuentemente colapsados, a medida que el proceso avanza. Estos vasos, en cortes transversales, ofrecen distintas apariencias, y cuando se disponen paralelamente a la superficie cementaria, pueden ser confundidos con los restos epiteliales. Cuando el proceso se encuentra en los primeros períodos de actividad, los vasos llegan a constituir una verdadera red, la que se hace aparente, sobre todo en cortes tangenciales y principalmente en la región superficial y apical.

Es en los períodos de metaplasia final y en la orientación reticuloendotelial del proceso, cuando los vasos presentan las ca-

racterísticas de un endotelio engrosado. En estas condiciones, cuando el vaso es tomado paralelamente, tiene la apariencia de largos cordones celulares o fibrosos. Esto depende del período evolutivo en que se realiza el examen, de tal manera, que pueden ser controladas las distintas etapas por las que evoluciona el endotelio de los mismos.

10. Cuando juntamente con el proceso intra-óseo, se realiza un curetaje del cemento, la reestructuración de éste puede hacerse bien manifiesta a partir de una argentofilia del mismo precemento. Es frecuente que sólo esta coloración lo haga visible, pudiéndose observar una estructuración típica, fibrosa, que se continúa con la inserción de las fibras, las que se entrecruzan en el interior, constituyendo una verdadera malla. En muchas regiones el cemento en estas condiciones neoformado, se hace indistinguible del tejido óseo, el que presenta la misma estructura y del cual se puede diferenciar topográficamente. Los dos cuadros se realizan bajo el mismo tipo arquitectural.

11. Cuando se ejecutan muescas o escotaduras muy profundas en el cemento, pueden llegar a constituir obstáculos serios para la reestructuración, pudiéndose constituir focos inflamatorios, a partir de estas lesiones, los que no son superados.

12. En animales viejos, carenciados o con procesos paraneoplásicos ya instaurados, sobre todo del tipo inflamatorio, estos estados son más evidentes.

13. La cura por primera intención está en relación con el animal y sus condiciones generales.

14. Cuando este proceso de curación se realiza sin entorpecimientos, se puede seguir la metaplasia a partir de un tejido que se organiza sobre la estructuración de una disposición celular a trama abierta. Es con origen en esta trama, que se ven organizarse los elementos celulares más diferenciados.

15. Esta organización de elementos jóvenes puede orientarse en el sentido linfocitario, cosa que es frecuente cuando la organización a partir del coágulo no se verifica de primera intención.

16. En casos de esta naturaleza el epitelio tiende a crecer

en profundidad, constituyéndose una bolsa patológica que debe ser tratada localmente, a fin de que el proceso se oriente cicatricialmente.

17. En curaciones de esta clase, el cuadro de curación se realiza bajo la apariencia de un brote carnososo en metaplasia ósea.

18. En animales carenciados, este cuadro es frecuente, la organización es lenta, manteniéndose una reacción inflamatoria con focos infiltrativos, secuestros e infecciones.

19. La inyección intravenosa de tripan azul nos muestra un tejido en gran actividad granulopéxica.

20. La inoculación intravenosa de culturas jóvenes y adaptados, hace focos de localización en estas regiones, con hemoculturas positivos del tejido inflamado, como control a la inoculación y al mismo germen inoculado.

21. Animales en estas condiciones, es decir, con procesos de cicatrización en reacción inflamatoria, y que fueron sacrificados a los 14 meses de la operación inicial, evidencian focos infiltrativos en distintas condiciones, a veces limitados por verdaderas membranas piógenas, dando muestras de un foco crónico.

B) *Capacidad de regeneración a partir de la pared ósea lateral*

Este tipo de operación se ha efectuado para estudiar la capacidad regenerativa del paradencio lateral profundo, separándolo de toda influencia que pueda originarse a partir de la patología de la bolsa.

En animales jóvenes y con una buena técnica operatoria, la cura se hace siempre de primera intención.

El trauma debe ser reducido al mínimo y radica principalmente en el decolamiento perióstico.

La técnica a colgajo ha sido desechada por nosotros, dado lo frecuente de los esfacelos que origina ella en el perro.

La incisión se hace paralela al eje mayor del diente cuyo paradencio se quiere lesionar, en la región del vestibular y lo más alejado posible del cuello o margen gingival. Hemos ele-

gido con preferencia los dientes anteriores y dentro de ellos al canino, localizándose la región a operar a la altura del 5, por la curvatura de la raíz del mismo canino, que pasa sobre la región apical de la pieza inmediata posterior. La incisión se hace profundamente hasta el hueso y en un solo recorrido. Con un perióstomo o legra se recoge suavemente mucosa y periosio, de manera que entre los labios de la herida quede el hueso al descubierto. Este se puede perforar a fresa o a escoplo. Este último deja heridas más limpias. Se pone a descubierto aquella porción del paradencio elegida, donde se ejecuta la lesión de acuerdo a la reparación que se quiere estudiar. En esta forma se pueden producir lesiones de distinto orden en ligamento, cemento o hueso. Se cierra la brecha y se sutura.

En animales sanos y jóvenes la cura se hace de primera intención con reestructuración del tejido periodontal, ya sea la membrana, cemento o hueso.

En animales con trastornos vasculares en el paradencio de revestimiento o de superficie, es frecuente que en el post-operatorio se produzcan abscesos, sequestros, estableciéndose focos infiltrativos que desvían la curación.

C) *Reinserción en la región supra-óssea*

Hemos hablado de las posibilidades de la reinserción en los procesos experimentales intra-óseos. Del examen de los mismos cuadros se puede deducir la posibilidad de las fibras supra-óseas, o sea del llamado paradencio de protección.

En este aspecto debe anotarse:

1.° La capacidad de neoformación de cemento no se ha observado en los tejidos supra-óseos.

2.° Las fibras se pueden orientar perpendicularmente y con frecuencia tienen el carácter de pre-cólagenas.

3.° En animales jóvenes se verifica un cuadro de curación con tendencia a la formación de un tejido conjuntivo del tipo joven, inmaduro, e infiltración linfocitaria.

4. El anillo epitelial tiende frecuentemente a crecer en profundidad, lo que no permite un cuadro de normalización estricta, de primera intención.

5.° Aun en aquellos cuadros de apariencia clínica normal,

se observa frecuentemente una infiltración de elementos redondos, que puede corresponder a la llamada inflamación fisiológica.

CONCLUSIONES GENERALE SOBRE LOS CUADROS EXPERIMENTALES

Los diversos cuadros que terminamos de ver nos permiten deducir:

Entendiendo por reinserción un cuadro de reestructuración de los diversos elementos que constituyen el paradencio, dentro del cual está incluída la reinserción de las fibras a las paredes cementaria y ósea, podemos establecer:

1. En condiciones normales esta reestructuración es posible.
2. Ella es influenciada por factores locales y generales que pueden desviar el cuadro de metaplasia.
3. Una reconstrucción ósea puede no acompañarse de fibras insertadas.
4. Fibras insertadas pueden no estar acompañadas de una reconstrucción ósea.
5. Las fibras insertadas pueden tener un carácter funcional, representando elementos maduros o una orientación reticular, argentófilos, inmaduros.

CONDICIONES CLINICAS QUE RIGEN AL PROCESO DE REINSERCIÓN

El somero análisis que hemos verificado, de las diversas influencias que pueden intervenir en el proceso de curación, en el cual se incluye la reinserción de las fibras periodontales, nos da una base para proceder en la clínica, con la finalidad del tratamiento de procesos de destrucción de la margen alveolar por la enfermedad periodontal.

Así como en la experimentación la reestructura es dificultada por diversas condiciones, también en la clínica se pueden identificar diversas causas que obstaculizan el proceso de curación, como consecuencia de un tratamiento de la lesión periodontal.

En estos casos, las causas que obstaculizan el proceso de curación pueden, hasta cierto punto, ser identificadas con las mismas que provocan o mantienen la enfermedad.

Podemos decir que, en la práctica, el problema presenta los siguientes aspectos:

1. Diagnóstico de las indicaciones de una posible re inserción, según la naturaleza anatómica de la destrucción.
2. Diagnóstico de la posibilidad de que los tejidos, como consecuencia de nuestra intervención, entren en metaplasia de reestructuración.
3. Elección de la técnica de acuerdo a las condiciones.
4. Actitudes post-operatorias de acuerdo al desarrollo de la curación.

Debemos tener en cuenta que las posibilidades de una reestructuración paradencial varían según la localización de la bolsa, siendo posible una neoformación ósea únicamente en los procesos intra-óseos.

En las destrucciones horizontales del hueso, no es posible esperar una neoformación de este tejido.

Sin embargo, el intento de re inserción puede ser perseguido, pero las condiciones serán completamente distintas. En óptimas condiciones reparativas, la cicatrización nos dará por resultado una transformación del tejido inflamado en uno del tipo fibroso adulto.

Como vimos en los procesos experimentales, en animales jóvenes y sanos esto tenía, por consecuencia, una profundización del epitelio de adherencia y una discreta infiltración linfocitaria del fondo de la bolsa. No debemos perder de vista que esto ocurría en tejidos sin tendencia anterior inflamatoria. Esta inflamación remanente ha sido interpretada por muchos autores como fisiológicas, dada la frecuencia y coincidencia con aparentes estados clínicos normales. Tampoco podemos perder de vista que esta técnica de intento de curación de procesos supra-óseos debe ser precedida por un diagnóstico sobre las posibilidades de recuperación de ese tejido inflamado, que constituye el paradencio superficial en estos casos, diagnóstico que veremos inmediatamente.

Teniendo en cuenta la localización anatómica únicamente, podemos decir que una terapia seguida de éxito en casos de esta naturaleza, generalmente tiene por consecuencia una ligera

retracción de los tejidos y, por lo tanto, un aumento de la corona clínica.

Por otra parte, vimos también, experimentalmente, que las fibras, en procesos de esta naturaleza, conservaban a menudo una argentofilia relativa, la que nos indicaría su naturaleza inmadura, reticular, lo que clínicamente se traduce por una posibilidad de recidiva inflamatoria.

En la clínica, cuando verificamos terapias de esta clase, debemos saber que constituyen los casos que exigen un mayor control y donde los diversos estados generales pueden tener consecuencias de reversibilidad sobre ese tejido cicatricial, es decir, de un nuevo estado inflamatorio.

DIAGNOSTICO DE LAS POSIBILIDADES

La clínica enseña, con un gran paralelismo con los cuadros experimentales que hemos mostrado, que la curación, aun de procesos intra-óseos anatómicamente favorables, no siempre es completa.

Esto quiere decir que, si en condiciones normales es posible la reestructuración de una parte del paradencio, hay que colocar previamente a los tejidos en esas condiciones de curación.

Podríamos decir que la destrucción o pérdida de los tejidos en la enfermedad es una consecuencia de la misma enfermedad, y que, mientras esos tejidos no recuperen "la tendencia a la normalización", es inútil cualquier terapia.

Es, pues, imprescindible, en primer término, un correcto estudio de las diversas causas que pueden provocar la desviación del metabolismo de una estructura normal.

Esto corresponde al estudio etiológico de cada caso.

Los diversos síntomas y signos de la enfermedad deben ser traducidos, y cuando después de un ensayo clínico, de terapéutica etiopatogénica, corresponda una sintomatología que nos exprese una tendencia recuperadora, es decir, una mejoría clínica reciente, estaremos en condiciones de ir a un ensayo de reinserción.

A pesar de esto, sabemos que no siempre nos acompañará el éxito, pero es indudable que las probabilidades de fracaso disminuyen.

Se ha establecido un cuadro clásico, a partir del cual se verifica la curación.

Este cuadro constaría de las siguientes partes: primera, establecimiento de un coágulo en la región intervenida; segunda, mantenimiento en posición del epitelio (medios mecánicos); tercera, metaplasia de ese coágulo sobre la base de la red de fibrina y organización fibroblástica y maduración de los mismos en la línea conjuntiva de sostén adulta.

Se han indicado diversas técnicas en la persecución de esta finalidad.

No debemos perder de vista que la técnica sólo constituye una parte del problema, y quizás no la más importante. Se han magnificado, tal vez por falta de visión en el problema, estas técnicas y el instrumental apropiado.

Será inútil, por ejemplo, el pretender mantener un epitelio por medios mecánicos, suturas, cemento quirúrgico, cuando a partir de la organización del coágulo tendremos un tejido que constituirá un excitante para que este epitelio crezca en profundidad.

En términos generales, podemos pensar que pueden darse las siguientes condiciones:

1. Organización tisular hacia la metaplasia, por primera intención, a partir del coágulo que colma el espacio quirúrgico.

2. Desorganización del mismo en diversos períodos, con exudados, reacciones inflamatorias, brotes carnosos sin tendencia a la maduración, proliferación del anillo de adherencia.

En cualquiera de estas etapas, los cuidados post-operatorios, limpieza de la herida de coágulos mal organizados, medicaciones, antiviruses, antibióticos, cauterizaciones químicas o físicas del epitelio, ionización, etc., pueden ayudarnos y llegar así a una metaplasia secundaria. De aquí la importancia del cuidado post-operatorio, en el cual radica frecuentemente la curación.

3. A pesar de nuestros cuidados, puede no registrarse una tendencia reparadora.

Cuando nos encontramos en estas condiciones, debe agotarse el estudio etiológico de las posibles causas de la enfermedad y es indispensable la preparación del enfermo, en el

cual se debe insistir, frecuentemente durante cierto tiempo, con tratamientos de índole general, sobre todo los que se refieren a la nutrición, para poder llegar así al cambio de las condiciones reaccionales de los tejidos, que constituyen el fundamento de nuestra terapia.

CONCLUSIONES GENERALES

1. El cuadro histológico de reinserción puede no tener un significado clínico de curación.
2. Fibras insertadas pueden tener un carácter no funcional, constituyendo elementos inmaduros del tipo reticular.
3. Casos donde clínicamente se puede haber diagnosticado un proceso de reinserción, pueden no tener histológicamente este sentido, lo que no significa la ausencia de un proceso reparativo.
4. Clínicamente, de acuerdo a la exposición que hemos hecho de las distintas condiciones que gobiernan el proceso de reestructuración, en el cual comprendemos la reinserción de las fibras, cuando este proceso se verifica con éxito, dentro de la terapia de la enfermedad periodontal, se le puede considerar como una afirmación de una etio-patogenia, en el estudio de la enfermedad. (Per *Rev. Odont., B. A.*, 39, 9.)

Colutorio para la profilaxis dental.—Fosfato amónico dibásico, 50 gramos; carbamida, 30 gramos; glicerina, 100 gramos; alcohol, 40 gramos; sacarina, 1 gramo; mentol, 0,4 gramos; benzeato sódico, 1 gramo; agua destilada, hasta 1.000 c. c. La combinación de ácido úrico con fosfato amónico dibásico impide que se forme ácido láctico. Los individuos in—unes a la caries no tienen lactobacilos productores de ácido láctico en la boca. (Baitel: "Schw. Zschr.", 59, 1950.)