

ENFERMEDADES DE LA ENCIA Y ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA DE LA PIORREA (*)

* por

V. Alonso Jiménez

Médico-Odontólogo
Ex Profesor de la E. de O.

616.314.17-008.1

EL principal objeto de esta exposición es el de contribuir al estudio clínico y tratamiento de estas afecciones, con lo que podamos obtener resultados útiles que favorezcan a nuestros enfermos.

Prescindiré del estudio de la Embriología y de la Patología Histológica, ya que estas materias pueden ser consultadas en las distintas publicaciones y libros de texto.

De una manera esquemática, se encuentran en el encerado y anotados con un número los distintos puntos que hemos de tratar, para que puedan ustedes, al hacer sus aportaciones, referirse al mismo, dando una mayor simplificación a la labor.

1.—En general, podemos decir que todas las estomatitis debilitan las defensas locales, originando una mayor predisposición del factor terreno para la Piorrea; y ninguna lo hace en mayor grado que la estomatitis ulcerosa; siendo ésta, por dicho motivo, a la que dedicaremos nuestra principal atención.

2.—ETIOLÓGICAMENTE, podemos decir que se manifiesta en bocas predispuestas, ya por suciedad o faltas de tratamiento, ya por disminución de defensas o estar sometidas a cualquier irritación local.

(*) Conferencia pronunciada en el Colegio de Odontólogos de Madrid. Curso 1947-48.

Se transmite por contagio, pudiendo existir los gérmenes en bocas sanas, despertándose su virulencia cuando el medio en que se desenvuelven es favorable.

Los gérmenes patógenos causales son fundamentalmente el bacilo fusiforme y los espiroquetas de Vincent, que corresponden al tipo de los anaerobios, asociados las más de las veces a los piógenos.

3.—SINTOMATOLOGÍA. Clínicamente, aparece una úlcera superficial, situada principalmente a nivel de las papilas interdentarias, pudiendo afectar a zonas más extensas de la porción del cuello dentario, y algunas veces, las menos, a la mucosa del labio inferior, bóveda, velo del paladar y amígdalas; tiene mucha predilección por el espacio retromolar; es muy dolorosa, de forma irregular, que se cubre por una membrana blanco agrisada. Esta membrana puede desprenderse con facilidad, presentándose hemorragia abundante, sucediendo igualmente en las zonas ulceradas al menor contacto y a veces espontáneamente. No tiene tendencia a transformarse en lesión profunda alveolar.

Se presenta súbitamente, sin prodromos, y por lo general, en individuos jóvenes. Si la infección es mixta, el pus se hace ostensible, descubriéndose fácilmente por el examen bacteriológico los gérmenes causales.

El enfermo puede presentar fiebre, desde una febrícula hasta 39°, quebrantamiento general, *infarto ganglionar* y *leucopenia*.

4.—El diagnóstico diferencial con las gingivitis y piorrea es fácil, por los síntomas señalados, ya que en éstas no hay ulceración necrótica gingival, los sujetos suelen ser de más edad, el curso es lento, no hay fiebre ni infarto.

5.—El pronóstico es más sombrío cuando afecta a las fauces y amígdalas.

6.—Como tratamiento, expondré el por mí empleado con resultados satisfactorios:

Me referiré al clínico y al privado que ha de seguir el paciente.

1.º Debemos de abstenernos en absoluto en la fase aguda de toda intervención de tipo quirúrgico; extracciones, tartretomía, etc., ya que disminuiríamos las defensas y diseminaríamos más la infección, aumentando la virulencia de los gérmenes.

2.º Se pulverizará la boca y todos los intersticios con una solución antiséptica, bien con la clorina Heiden (un papelillo para un litro de agua hervida) o con la siguiente fórmula:

Fenol alcanforado (Clumsky) (1)	5 gramos
Agua oxigenada.. {	
Agua {	a. a. 200 "

Pulverizaremos a poca presión, para no ocasionar hemorragia.

Se harán aplicaciones dos veces al día con nitrato de plata (Argentofenol) y mercurrocromo, alternando, sin hacer el menor traumatismo sobre los tejidos, para lo cual podemos valer-nos de un instrumento plástico en forma de espátula.

3.º Introducción de cristales de permanganato potásico en todos los puntos necróticos accesibles, durante media hora. Se-gún técnica del Dr. Schermant.

4.º Aplicación de mechas de algodón impregnadas de agua oxigenada a 30 volúmenes, que dejo durante quince minutos.

5.º Neosalvarsán en solución glicerinada al 10 por 100, cuando tiene cierta persistencia.

(1) El líquido de Chlumsky está compuesto de:

Acido fénico	30 gramos
Alcanfor pulverizado	60 "
Alcohol absoluto	10 "

Tratamiento privado.—Se ordenará al paciente haga su limpieza después de las comidas, que serán lo más blandas posible, proscribiéndose el cepillo, utilizando únicamente torundas de algodón saturadas de agua oxigenada; colutorios cada tres horas, alternando una solución de permanganato potásico al 1 por 1.000 con otra de agua oxigenada al tercio.

Cuando la infección pasa a la fase subaguda y al contacto dejan de sangrar los focos necróticos, es cuando efectúo el tratamiento general de la boca, extracciones, obturaciones, tartretomía, etc., dejándola en las mejores condiciones higiénicas y defensivas.

Efectúo aplicaciones con un astringente fuerte a más de antiséptico, como la fórmula de Talbot, de la que hablaré al tratar de la Piorrea, o el ácido crómico al 10 por 100, seguido de instilaciones de agua oxigenada, ya que esta última aumenta el poder astringente, antiséptico y de penetración del primero.

Tratamiento general.—Se administrará un purgante salino. Al día siguiente se le prescribirá un preparado de vitamina C, tres comprimidos al día, uno antes de cada comida; y otro de amida nicotínica, para tomar uno al mediodía, al mismo tiempo de la vitamina C; durante quince días.

Ultimamente, cuando la penicilina ha adquirido actualidad, la utilizo con resultados positivos y rápidos, según información facilitada por el Dr. Massa, siendo la técnica la siguiente:

Previa pulverización con solución salina hipertónica, para dejar bien limpio el campo de detritus, aplico en todas las zonas ulceradas y en general en la totalidad de la encía, una pasta compuesta de 200.000 unidades de penicilina en dos gramos de óxido de magnesio, añadiendo aceite de oliva cantidad suficiente para obtener consistencia cremosa. Para impedir que esta pasta sea desplazada por los movimientos de los labios y

la saliva, adapto una lámina de papel de estaño (fig. 1) sobre la superficie de los dientes, desde el lado vestibular, rebasando el reborde gingival medio centímetro aproximadamente, hasta la cara lingual, rebasando en la misma proporción; todo el borde libre se barniza para mayor protección. Este tratamiento debe hacerse de dos a tres veces al día, por la mañana, inmediatamente después de comer, y al final de la tarde, instruyendo al paciente para que lo mantenga *in situ* toda la noche.

Puede sustituirse esta pasta por bolitas de algodón saturadas de una solución de penicilina por medio de una jeringa, en la proporción de 10.000 unidades por c. c.

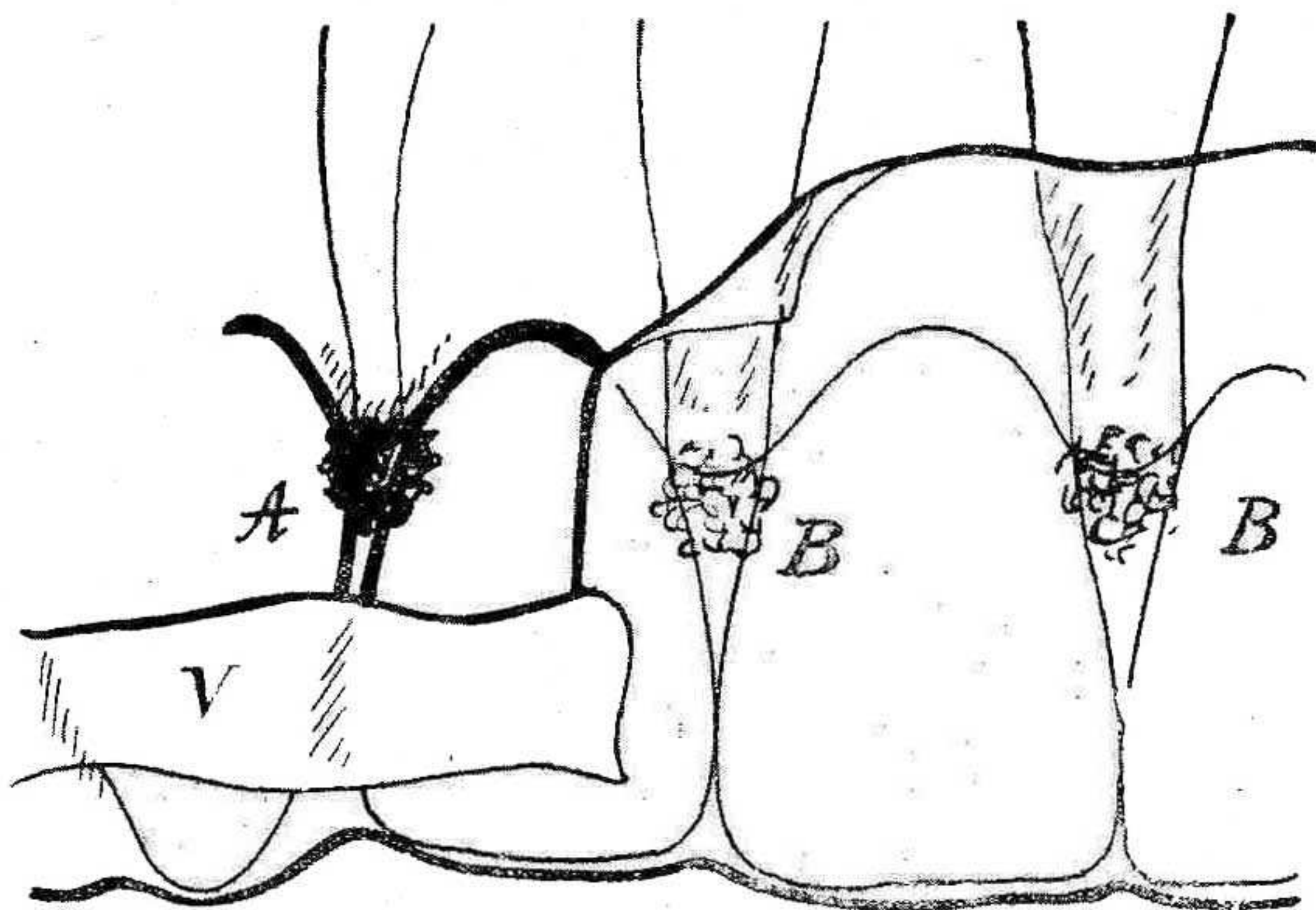


Fig. 1.—Adaptación del papel de estaño para impedir el desplazamiento de la pasta

Como colutorio podemos aconsejar en los intervalos del tratamiento y principalmente si se desprende la aplicación:

Penicilina sódica	200.000 unidades.
Suero fisiológico	240 c. c.
Agua mentolada	c. s. p. dar gusto deseado.

Para colutorios, uno cada hora, reteniéndolo cinco minutos o más. No se lavará la boca después.

Es de interés la sal sódica cristalizada de penicilina, que se expende hoy en el comercio, ya que ésta no precisa mantenerse a temperaturas bajas, pues a 15° puede conservarse has-

ta un año o más sin perder sus propiedades. La solución con el suero las conserva a la misma temperatura durante setenta y dos horas.

Es conveniente aclarar ciertos conceptos relacionados con la penicilina.

Esta puede ser amorfa o cristalizada, y existen cuatro tipos: la G, X, F y K, de los cuales se ha comprobado que la más eficaz es la G, debida su mayor actividad al mayor retardo en su eliminación, por ser su metabolismo más lento. La X y la F tienen un metabolismo parecido, y la K es la que primero se elimina.

Por la existencia de todos estos tipos en la forma amorfa es por lo que en ciertos lotes la presencia del tipo G es reducido y los efectos han sido nulos o casi nulos, atribuyendo un tipo equivocadamente de bacterias penicilínico-resistentes.

Hoy esto se salva con la penicilina cristalizada, pudiendo darle el carácter exclusivo del tipo que se desee, y así se obtiene la forma cristalizada G o Bencilpenicilina, que es a la que se da preferencia por lo anteriormente señalado. La obtención de estos tipos está subordinada al método empleado y a los llamados Precursores, que ayudan a la formación de un determinado tipo y son de una forma estructural química con cierta semejanza a la del tipo que se desee obtener. Entre éstos existen muchos, así como el ácido fenilacético, fenilacetamida, etc.

Según los últimos estudios de Ramón en el año 1946, director del Instituto Pasteur, descubridor de la anatoxina diftérica y estafilocócica, ha evidenciado que unida a la penicilina existe otra sustancia, antidótica, que sólo se encuentra en la penicilina bruta y que se pierde en el proceso de purificación, cuya propiedad es la de neutralizar una serie de Exotoxinas Bacterianas, y en particular, por lo que se refiere a nuestra especialidad, tiene una afinidad señalada para la toxina estafilocócica.

Esto tiene interés desde el punto de vista de aplicación tópica local.

DEL ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA DE LA PIORREA

Ya hice dos publicaciones relacionadas con este tema en la revista ODONTOIATRÍA, en los números de abril del 45 y marzo del 46, e inútil sería volver a insistir sobre lo que ustedes seguramente leyeron.

Sólo hemos de pretender en esta ocasión dar datos concluyentes que nos sirvan de pauta en el futuro, haciendo una breve disertación de cuáles son los tratamientos más en boga de los distintos autores, así como el por mí seguido; diferenciando el concepto actual de la Patogenia de dicho proceso.

Como postulados consideraremos:

1.° Que la Piorrea es tratable, pero no curable, a no ser que se refiera a estados muy incipientes, y sólo en ciertos casos; pese a las pretensiones de aquellos que aspiran bajo un simple tratamiento local tener resuelta una de las mayores preocupaciones dentro de la Patología bucal.

2.° Que es una afección cuyo fondo etiológico es puramente general, aunque existan causas locales predisponentes.

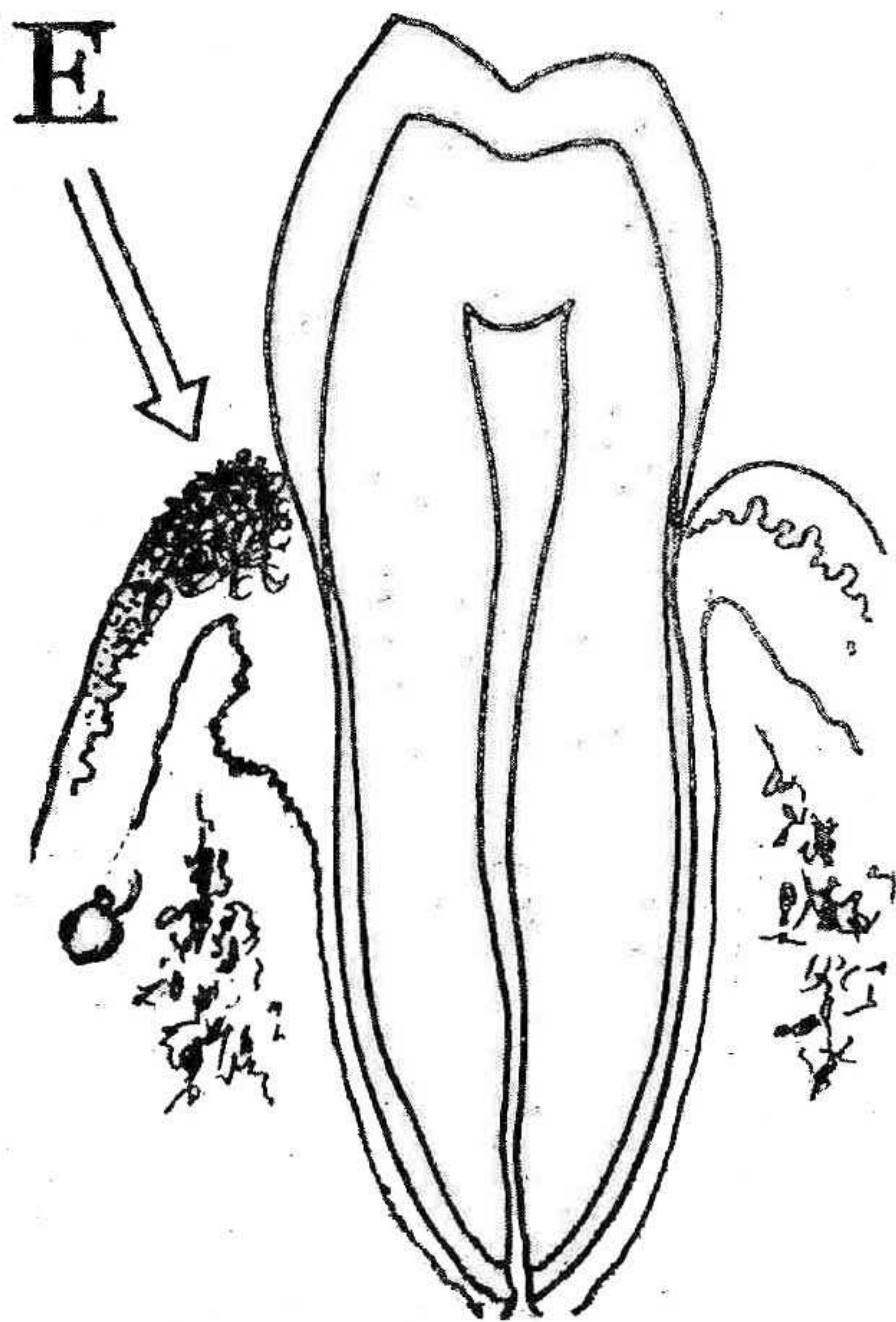
3.° Que lo fundamental de la enfermedad es la atrofia ósea del alveolo, así como de las partes blandas, que se establece de la superficie a la profundidad.

4.° Que para conseguir mejorías estables ha de practicarse, a más del tratamiento local y general comunes a todos los casos, aquellos peculiares de cada sujeto, que estarán en relación con las afecciones de carácter individual (anemias, diabetes, sífilis, enfermedades hepáticas y glandulares, metabólicas, etc.).

5.° Que el tratamiento debe ser lo más precoz posible.

PATOGENIA.—La patogenia de este proceso podemos sintetizarla en tres criterios, sustentados por Fisch, Gottlieb y Weski.

Según Fish (fig. 2), constituye el proceso primario la inflamación de la encía, consecutiva a la cual se produce una úlcera con presencia de leucocitos (pus) y formación de toxinas, que motivarían la reabsorción del proceso alveolar. Apoya este criterio el que todos los cortes histológicos descubren las mismas lesiones inflamatorias y ulcerativas.

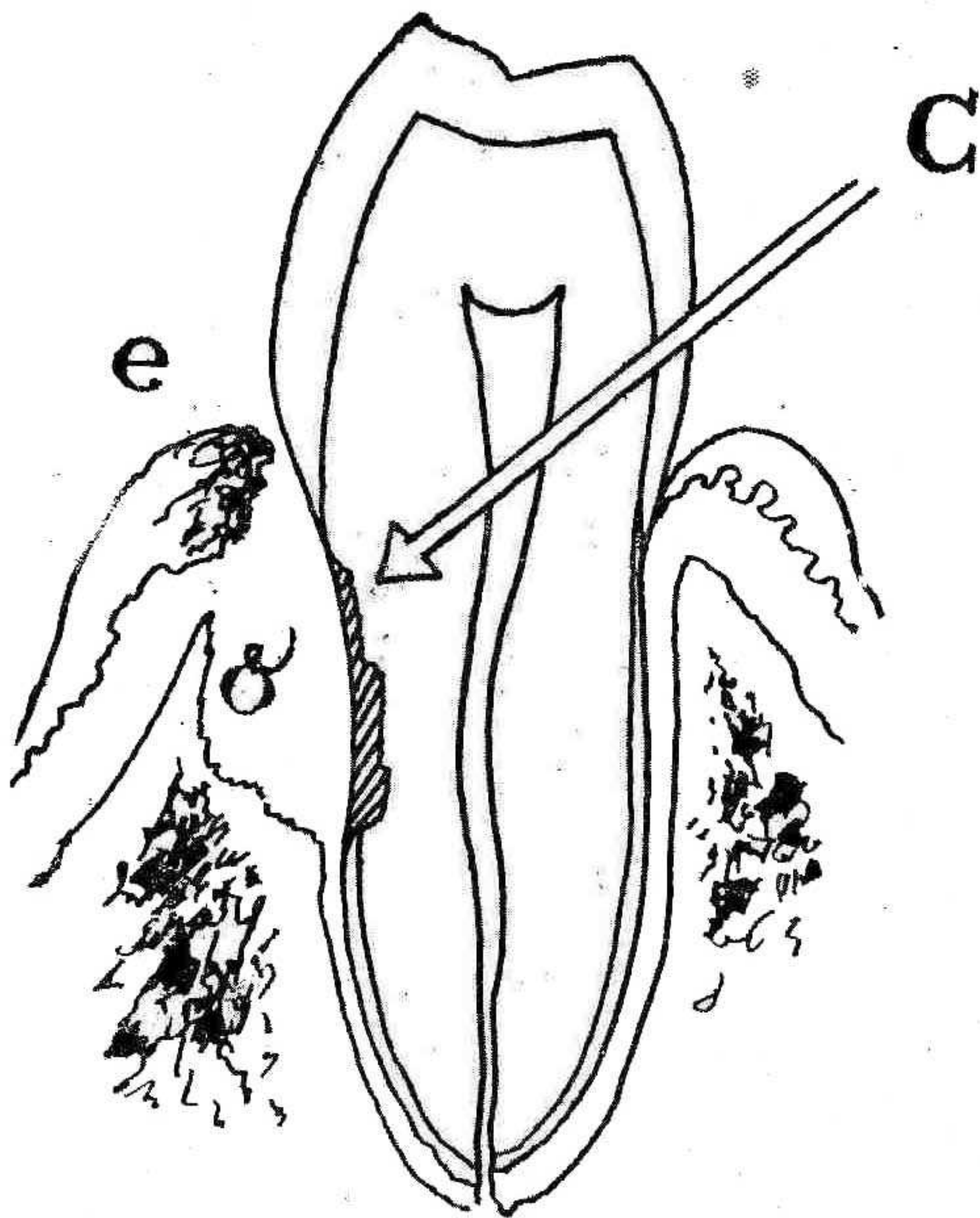


F I S H

Fig. 2.—*Inflamación primaria de la encía*

La segunda concepción, o de Gottlieb (fig. 3), en ésta el factor primario sería la pérdida de la vitalidad de la superficie del cemento radicular, consecuencia de la cual las fibras articulares pierden su inserción, originándose la bolsa. En favor de esta teoría está el hecho de que cuando existe en la superficie del cemento algún nódulo cementario hipervital, allí se detiene el proceso, cesando en profundidad la bolsa.

Tanto en una forma como en otra, el epitelio gingival prolifera, cubriendo toda la superficie interna de la bolsa e impide la adaptación de la encía con la raíz; este epitelio a la larga termina por ulcerarse, debido al empaquetado de los alimentos y fermentaciones, unido a las compresiones que se establecen cuando existe movilidad del diente. En una fase más avanzada



G O T T L I E B

Fig. 3.—Pérdida de la vitalidad del cemento, como proceso primario

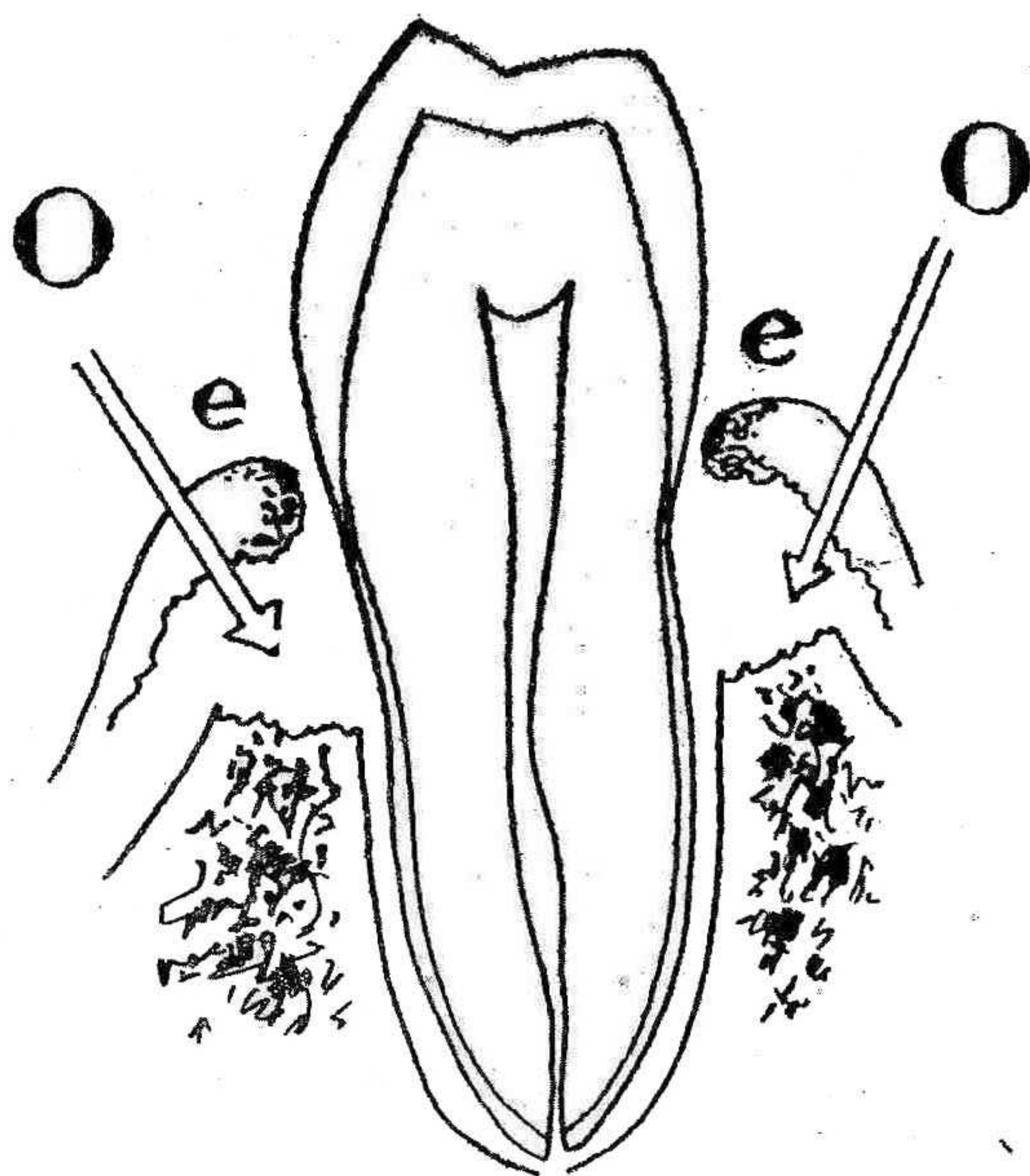
se produce una inflamación del tejido conectivo subyacente con formación de pus que llenará la bolsa.

La tercera concepción, o de Weski (fig. 4) considera la atrofia alveolar como alteración inicial, siendo secundarios todos los demás síntomas (inflamación de las partes blandas, formación de la bolsa, ulceración y supuración...) No se han presentado pruebas en favor de esta hipótesis.

Sentado esto, dividiremos en dos grandes grupos las afecciones superficiales del paradencio. PARADENTITIS y PARADENTOSIS.

Las paradentitis o procesos flogísticos, inflamatorios, que a su vez pueden ser *agudos* y *crónicos*. Las paradentosis son procesos regresivos, degenerativos.

Estos grupos pueden presentarse puros, aislados o se suceden y combinan entre sí.



W E S K I

Fig. 4.—Reabsorción ósea, como proceso inicial

Para una más clara visión de las distintas formas y cuadros clínicos que puede adoptar la PIORREA les presento un cuadro sinóptico de las mismas:

CUADRO DE EXPOSICION

1.—Estomatitis en general.

Estomatitis necrótica ulcerosa	2.—Etiología.
	3.—Sintomatología.
	4.—Diagnóstico diferencial.
	5.—Pronóstico.
	6.—Tratamiento.

PIORREA. Clasificación ...	a) Según GOTTLIEB	7.—Piorrea "sucia.	
		8.—Piorrea paradental (sacos.	
		9.—Atrofia alveolar...	a) Marginal. b) Difusa.
	b) Según la adoptada en el Congreso Dental Internacional de París de 1931	10.—Gingivitis marginales .	a) Superficiales. b) Profundas.
		11.—Paraden- tosis	a) Inflamatoria (bolsa). b) Mixta o combinada. c) Distrófica (vertical), bolsas in- traalveolares.
		12. — Atrofia alveolar marginal ...	a) Seniles. (Sacos supra alveo- lares, en caso de existir.) b) Precoz.

13.—TRATAMIENTO.

Haremos un breve estudio diferencial de cada uno de estos grupos, para luego estudiar su terapéutica:

7. *La Piorrea "sucia"*.—En ésta se presenta la encía inflamada, con un carácter de cronicidad, existiendo salida de pus por expresión digital de la misma.

Su etiología es la irritación, tártrica o de otro tipo, por ob-
turaciones, coronas, etc., mal adaptadas.

8. *Piorrea paradental*.—Existe supuración que proviene del fondo de las bolsas, las que se formarían primariamente por alteraciones patológicas en el paradencio de protección, pro-

duciéndose un despegamiento de la inserción epitelial y regresión de los tejidos blandos. Mientras que los demás síntomas serían secundarios.

9. *Atrofia alveolar difusa*.—a) *Marginal*, hay una disminución circunscrita del tejido óseo del alvéolo, dando lugar a la formación de bolsas, con la consiguiente supuración. Presentándose la movilidad en los estadios finales. Siendo su causa una irritación local.

b) *Difusa*, no se limita a los tractos más superficiales del hueso, sino que afecta lo mismo a éstos como a los profundos. Presentándose movilidad de los dientes, elongación y diastemas anteriores. De origen etiológico local, debido a sobrecargas presionales y en general a alteraciones metabólicas, glandulares, discrásicas, etc.

Las bolsas y supuraciones se presentan secundariamente.

Respecto a los grupos de la clasificación internacional:

10. *Las gingivitis marginales*.—a) *Superficiales*, inflamación gingival, sin formación de pus, sin atrofia ósea ni movilidad. Etiología, irritaciones.

b) *Profundas*, los mismos síntomas, pudiendo diferenciarse de la anterior, radiográficamente, por presentar en éstas una zona radiotranslúcida de los bordes alveolares.

11. *Paradentosis*.—a) *Inflamatoria*, constituye la fase siguiente de la anteriormente descrita, con sintomatología parecida, pero ya en ésta hay bolsas que penetran más o menos profundamente en la estructura alveolar. No existe movilidad. Radiográficamente se observa reabsorción ósea.

b) *Mixta*, a más de los síntomas anteriores se observan migraciones, rotaciones y movilidad.

c) *Distrófica*, en contraposición con las ya mencionadas, no tiene prodromos inflamatorios. Su iniciación únicamente

puede diagnosticarse radiográficamente, apreciándose una verdadera osteoporosis.

Hay movilidad y variaciones de posición de los dientes como primer síntoma, pero no supuración.

Respecto a su origen, puede decirse que es constitucional, representando un gran papel la oclusión traumática o sobre-mordida.

En los casos en los que se asocie la inflamación, se asemeja a la forma mixta, con supuración y movilidad. Las bolsas por lo común llevan una dirección *vertical*.

12. *Atrofia alveolar*.—a) senil y b) precoz.

Se presenta elongación dentaria. No existen bolsas, pues ni se observa inflamación. Desaparecen la encía y el hueso al mismo tiempo.

Por radiografía vemos la reabsorción alveolar *horizontal*, en contraposición de la forma distrófica, que es *vertical*. No hay en ella lesiones de osteoporosis y en su desenvolvimiento puede llegar a adquirir caracteres de la forma mixta.

La causa no está bien dilucidada; Gottlieb la considera debida a falta de oclusión y al desequilibrio hormonal. Yo las estimo producidas por trofismo nervioso, aunque probablemente contribuyen varios factores.

Dadas estas nociones, pasaremos al estudio del tratamiento.

13. TRATAMIENTO.—Consideraremos el local, general y privado.

En el tratamiento local de la Piorrea se han utilizado infinidad de métodos y recurrido a un sinnúmero de productos químicos.

Así, *Brophy* da gran importancia a la acción térmica, desecando el saco con aire caliente y aplicando después antisépticos astringentes.

Desirabode preconiza la cauterización de los sacos.

Romer lo efectúa con aza de platino calentada eléctricamente.

Schmith y *Tonsey* obtuvieron favorables resultados con los Rayos X.

Langsdorff, con las corrientes de alta frecuencia, previa tartretomía, lavado con agua iodada tibia y agua oxigenada después, hace aplicaciones de diez minutos diarios durante cuatro o cinco semanas.

Dautwitz halló la acción beneficiosa del radio.

Traube y *Witzlar* conceden importancia al masaje gingival.

Berten, a los procedimientos quirúrgicos.

Otros, entre ellos *Hegediüs*, en casos avanzados recurren al injerto de pequeñas esquirlas de tibia.

Entre los métodos químicos, citaremos algunos:

El tratamiento por el ácido salicílico utilizado por *Schlenker*.

Brenner, el nitrato de plata y el cloruro de cinc.

Essig, el ácido sulfúrico, el iodo y el ácido fénico.

Harlang, el cinc iodado, el iodoformo y el agua oxigenada.

Rigg, el ácido sulfúrico.

Landgraff, el ácido tricloracético.

Ottolenghi, el pirozón.

Magitot, el ácido crómico.

Klinmann cambia el medio bucal, transformando la alcalinidad en acidez, o viceversa.

Jones encuentra eficaces los iones de cinc, embebiendo los fondos de saco con cloruro de cinc al 5 por 100, e introduce un electrodo de cinc o platino, empleando una corriente de tres a cinco miliamperios.

Algunos autores, entre ellos *Müller*, *Rhein*, *Schmith*, observaron que aquellos dientes depulpados eran más respetados

por la afección, quizá por mejorarse la circulación paradentaria en estos casos, haciéndose partidarios de la extirpación pulpar.

Otros conceden gran importancia a la sobremordida y tratan de corregirla.

El neosalvarsán, localmente o en forma intravenosa, también ha sido empleado.

Johns y Bell utilizaron la hemetina, 0,5 por 100 de la solución clorhídrica, subcutánea o intramuscular.

La reimplantación también ha sido recomendada por algunos, y otros conceden un primordial valor a la fijación, entre ellos *Bryan, Michel, Herbst y Sachs*.

Como vemos han sido agotados innumerables recursos, y entre ellos seleccionaremos con arreglo a lo que nuestra propia experiencia nos enseñe, ya que en ella es en la que más confiaremos.

Y pasaremos ahora a delimitar nuestra línea de conducta ante las distintas formas en que puede presentarse la piorrea, exponiéndoles la técnica por mí empleada.

Primeramente, ¿qué haremos ante un enfermo piorreico? Si es conocedor de su afección y no concede gran importancia a la misma, podremos exponerle con toda claridad y crudeza su verdadera situación en el caso de que ésta sea muy desfavorable, mientras que aquellas personas, principalmente en el sexo femenino, que tienen como una reliquia su dentadura, recordando la perfección de la misma en un pasado no muy lejano, hemos de ir más parcamente para no herir su psiquismo. Salvada esta precaución de orden moral, haremos una inspección minuciosa relacionada con movilidad, profundidad de bolsas si éstas existen, presencia de pus y abundancia del mismo. Examen radiográfico de aquellas regiones que más lo exijan o completo, previa introducción de puntas de gutapercha en todas las de presiones y fondos, que nos darán la profundidad del

proceso. La exploración debe hacerse con una sonda del 17, que puede introducirse profundamente hasta encontrar resistencia sin molestias para el paciente. Veremos si existen desplazamientos a la oclusión, revisando la sobremordida con papel de articular.

Se le enviará a un analista para ver curva de glucemia, Wassermann, fórmula y recuento globular, y prueba funcional hepática; tratándose debidamente en caso de ser positivos.

Los datos recogidos se irán anotando en la ficha haciendo el diagnóstico.

Ruego al paciente tenga una correcta higiene de boca, durante cuarenta y ocho horas, cepillándose y haciendo enjuagatorios con una solución salina hipertónica, una cucharadita de sal en medio vaso de agua tibia, con esto simplemente mejoran las condiciones locales para el comienzo del tratamiento; éste será primeramente *preparatorio*, haciendo las extracciones y obturaciones precisas, encontrando indicación para las pri-

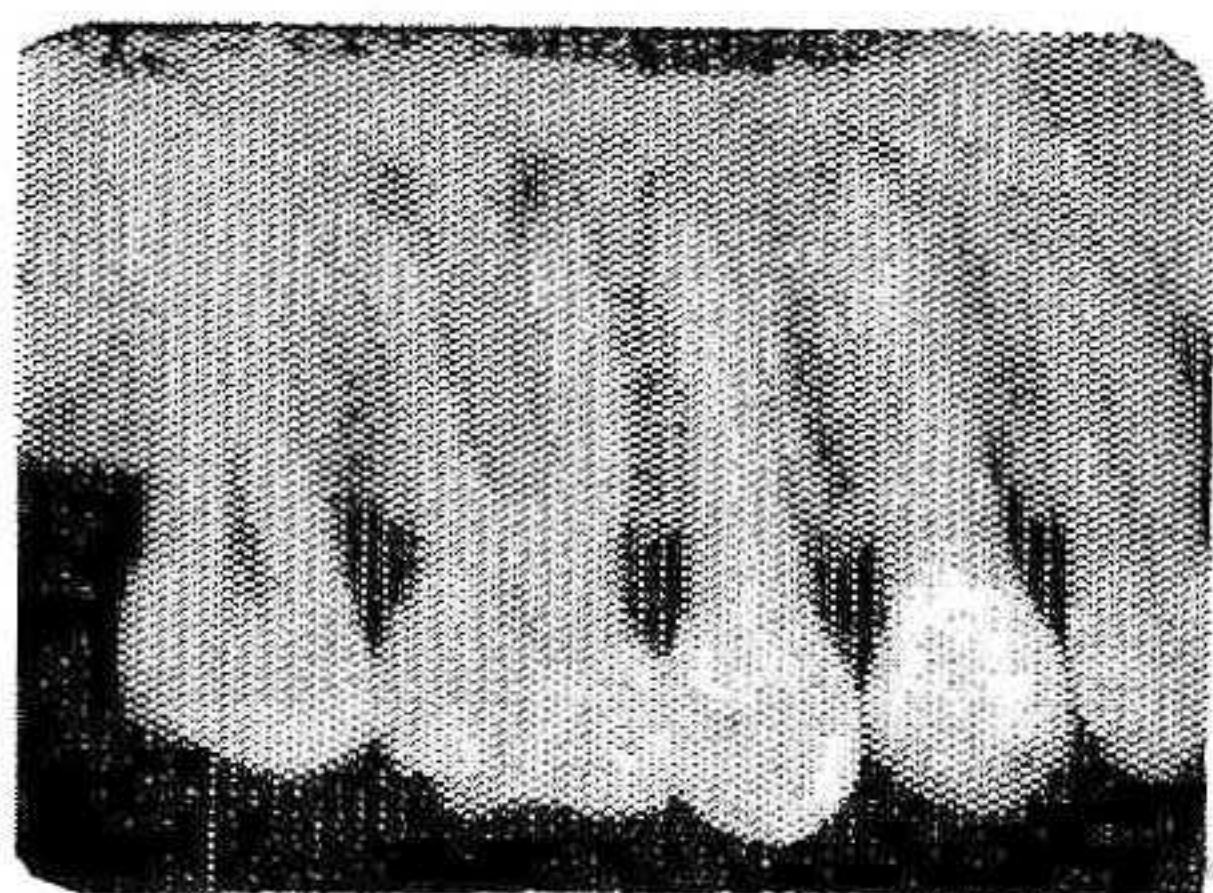


Fig. 5. — *Primer grado de Sachs.*
Atrofia horizontal

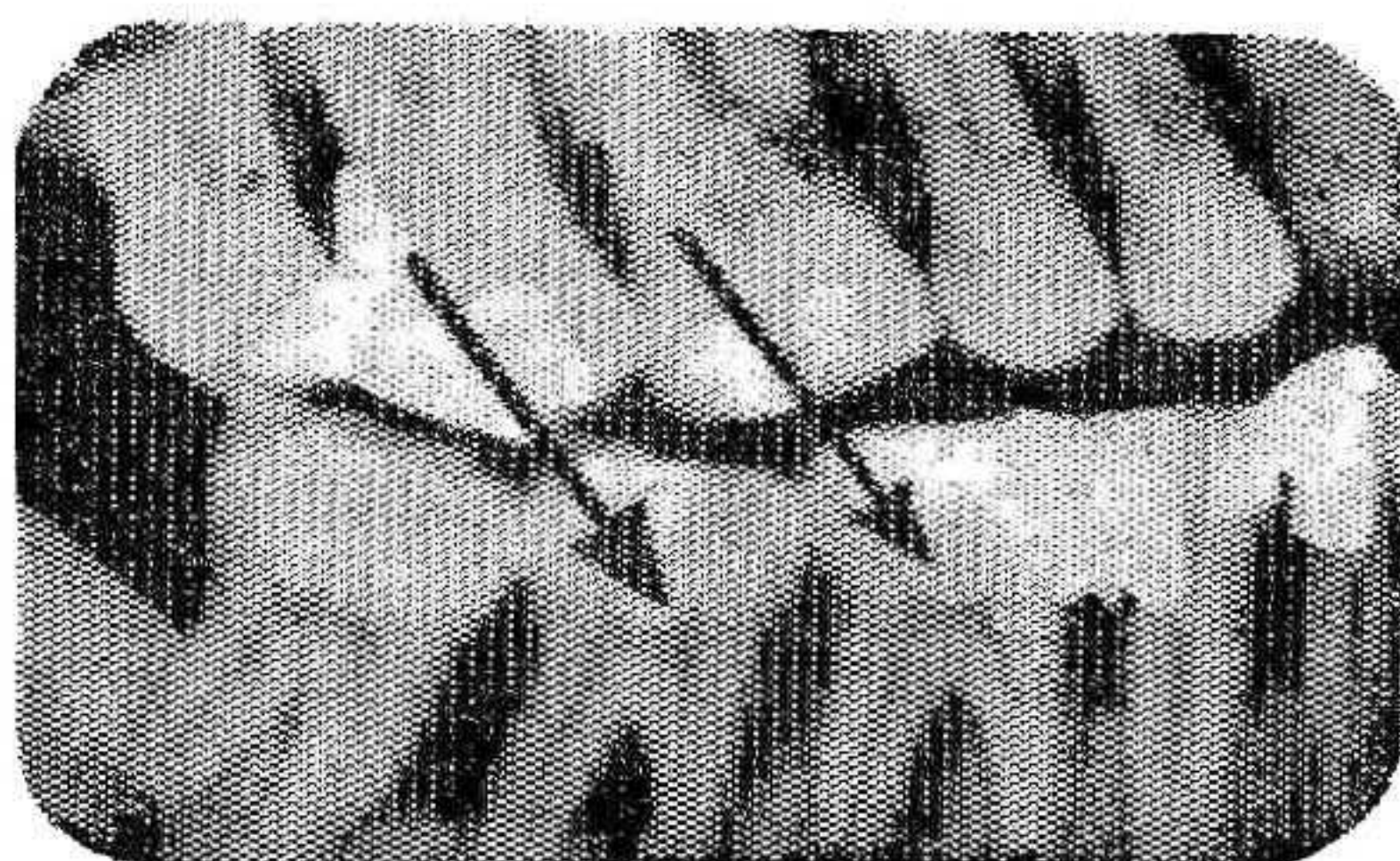


Fig. 6. — *Segundo grado de Sachs.*
Atrofia vertical

meras en aquellos dientes que se hallen comprendidos en el tercero y cuarto grupo de la clasificación de Sachs, que la considero perfectamente admisible, ya que se adapta a la realidad clínica; y que estima el primer grado cuando la destrucción ósea abarca hasta el tercio superior de la raíz; el segundo grado afecta hasta la mitad de la misma y el diente presenta mo-

vilidad; el tercer grado se caracteriza por la desaparición del alveolo en más de su mitad y hay gran movilidad lateral, y en el cuarto grado o destrucción total alveolar pueden practicarse movimientos de intrusión en el diente. Se practicará el limado y pulido de todas las asperezas, eliminando aquello que esté defectuoso.



Fig. 7.—Tercer grado de Sachs

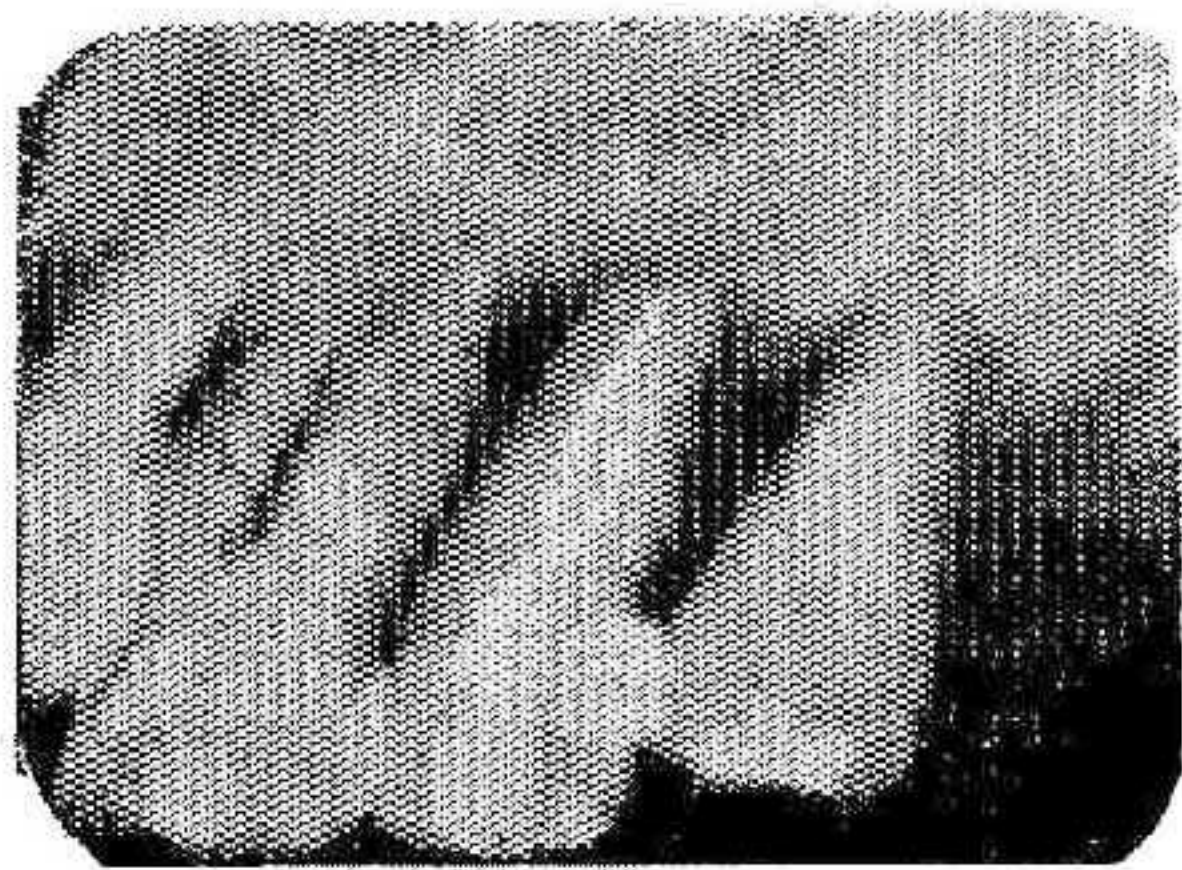


Fig. 8.—Cuarto grado de Sachs.

Esto constituye una norma general, que unido a un perfecto interrogatorio clínico de aquellas afecciones que puedan repercutir en su lesión local, integran la fase previa al *tratamiento especial* de cada caso.

Hemos asimismo de advertir al paciente la hiperestésia de las nuevas zonas de la raíz que quedarán expuestas, y que perdurará durante cierto tiempo aunque sea tratada, y el efecto estético desfavorable que ha de sobrevenir después de replegada la encía a su nuevo lecho y de eliminarla donde fuere preciso.

Hechas estas salvedades, diferenciaremos el tratamiento local propiamente dicho de las distintas modalidades de piorrea, indicando los números del cuadro correspondientes a la clasificación internacional, que es por la que nos guiaremos.

11. *Tratamiento de las GINGIVITIS MARGINALES.*—Se verificará el tratamiento general básico. Tartremonía minuciosa, con escaladores apropiados de diversas formas y angulaciones para tener acceso a todos los puntos de la superficie radicular

y del cuello del diente. (Moors, Younguer, Senn, Black, etc.), seguida de un tratamiento químico a base de ácido crómico al 10 por 100, que se introduce subgingivalmente por medio de una sonda, a cuya punta se le ha dado la forma de un asa; ins-tilando después agua oxigenada de 12 volúmenes que refuerza el poder antiséptico y detergente del primero. Con la fórmula de Talbot se obtienen buenos resultados, su composición es la siguiente:

Yoduro de cinc	15 partes
Agua	10 "
Iodo	25 "
Glicerina	40 "

12. Cuando la presencia de bolsas se hace ostensible, hemos de diferenciar aquellos casos en que éstas sean *superficiales* o *profundas*. Recordando, que al constituirse la bolsa, el

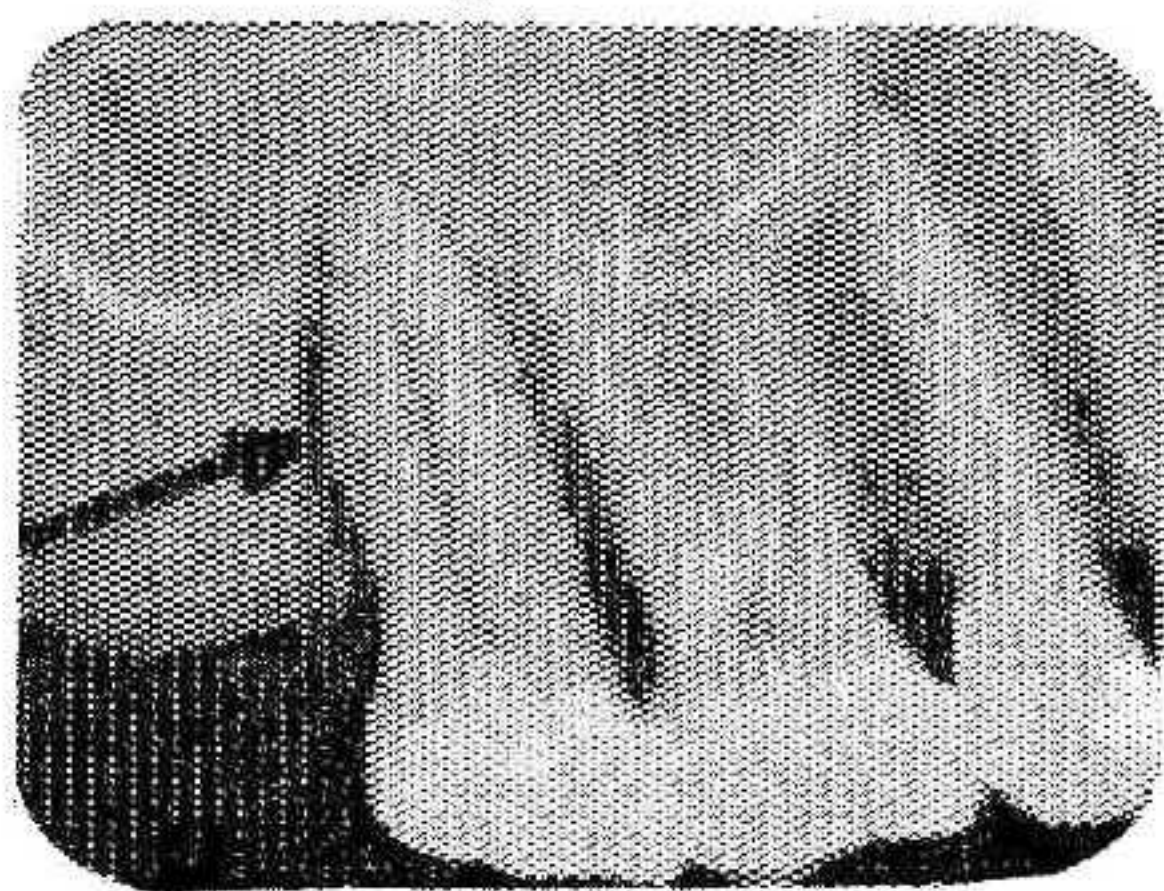


Fig. 9.—*Absceso paradentario*

epitelio gingival se extiende recubriendo la superficie interna de la misma, e impide la unión con la superficie radicular, y que cuando existen sobrepresiones, en la cara opuesta donde se establecen, se origina una destrucción ligamentaria y reabsorción alveolar.

En las superficiales, previa tartretomía, conseguiremos la retracción gingival hasta la completa desaparición de la bolsa. Lo que podremos conseguir ya con la fórmula de Talbot o con el ácido crómico y oxígeno, unido a la cauterización. Prefi-

riendo esta última a la eliminación por medio del bisturí o tijeras; por encontrar que la cicatrización se hace a expensas de un tejido más denso y al mismo tiempo se produce mayores estímulos. Eliminamos también la hemorragia, y el peligro a la infección de la superficie cruenta es menor. Se efectúa en días alternos o cada tres o cuatro. Se aplicará también la penicilina en la forma descrita.

Si la bolsa es profunda, la intervención será más radical, prefiriéndose la eliminación en una sola sesión con bisturí, dando incisiones en V o circulares, según la localización, seguidas de empaquetamiento con una pasta a base de óxido de cinc y eugenol, la que posteriormente se endurece, manteniéndose con felicidad *in situ*. Conservándose así, de una parte, aséptica la región intervenida y por otra se evita un posible nuevo cierre de la bolsa.

En aquellos casos en los que por razones de estética no podemos intervenir quirúrgicamente, procuraremos eliminar el epitelio interno de la bolsa con esclerosantes o por medio del curetage; yo empleo la fórmula de Prinz, compuesta de cloruro de cinc, que es muy higroscópico y se licúa fácilmente, añadiéndole sulfato de cobre, hasta conseguir una mezcla consistente, con la que relleno toda la bolsa, y sello con colodión o cera derretida, durante cuarenta y ocho horas, transcurridas las cuales hago un lavado antiséptico, repitiendo a los siete días, si es preciso. La aplicación es dolorosa durante las primeras doce horas, siendo el resultado en la mayoría de los casos la formación de un tejido conectivo denso, con lo que se afianza el diente y cesa la supuración, a no ser que existan pequeñas lagunas aformativas, y en estas circunstancias el método quirúrgico se impone.

Aparte de los esclerosantes como medio de destruir el epitelio de proliferación de la bolsa, describiré algunos de los con-

ceptos actuales de los tratamientos quirúrgicos, y su técnica para dicho efecto.

Entendemos por reinserción el proceso de adaptación, previo avivamiento y desepitelización de la mucosa gingival ya desprendida, y la superficie cementaria radicular.

De una parte, McCall, de la escuela norteamericana, considera de resultados positivos la reinserción, principalmente cuando es el tejido conectivo el que se deja expuesto, pues las del tejido epitelial no suelen tener una consolidación tan perenne (1).

Por el contrario, Black y Gottlieb niegan estas posibilidades basándose en que, una vez perdida la vitalidad cementaria, consideran a éste incapaz de reacción regenerativa. Sin embargo, Skillen, de la escuela de Black, tras sus experimentos, ha comprobado la posible reimplantación, aunque no sea en la totalidad de la bolsa, considerando esto debido a la actividad proliferativa. Erausquin no aboga por este criterio y estima que la epitelización sería una respuesta defensiva a la infección del coágulo y que si éste se mantiene estéril aquélla no se produciría.

La técnica de reimplantación puede verificarse por medio de *curetas* o a *bisturí* McCall, previa tartretomia profunda y pulido del cemento en toda la zona accesible, emplea una solución queratolítica para desepitelizar, a base de:

Sulfito de sodio..		150 grs.
Carbonato de sodio..		40 grs.
Agua		50 grs.

Esta solución la introduce por medio de un papel absorbente, dejándola durante 10 minutos, pasados los cuales hace un lavado antiséptico y lleva a efecto el último tiempo de desepi-

telización con cureta; repitiendo pasados unos días la misma técnica (fig. 10), si el resultado no es satisfactorio.

La técnica a bisturí o *gingivotomía vertical*, según Box, publicada por Pucci y practicada por el Facino, se fundamenta en la tartretomía minuciosa, regulación de la oclusión, etc...., colutorios de manzanilla para descongestionar los tejidos. Pa-

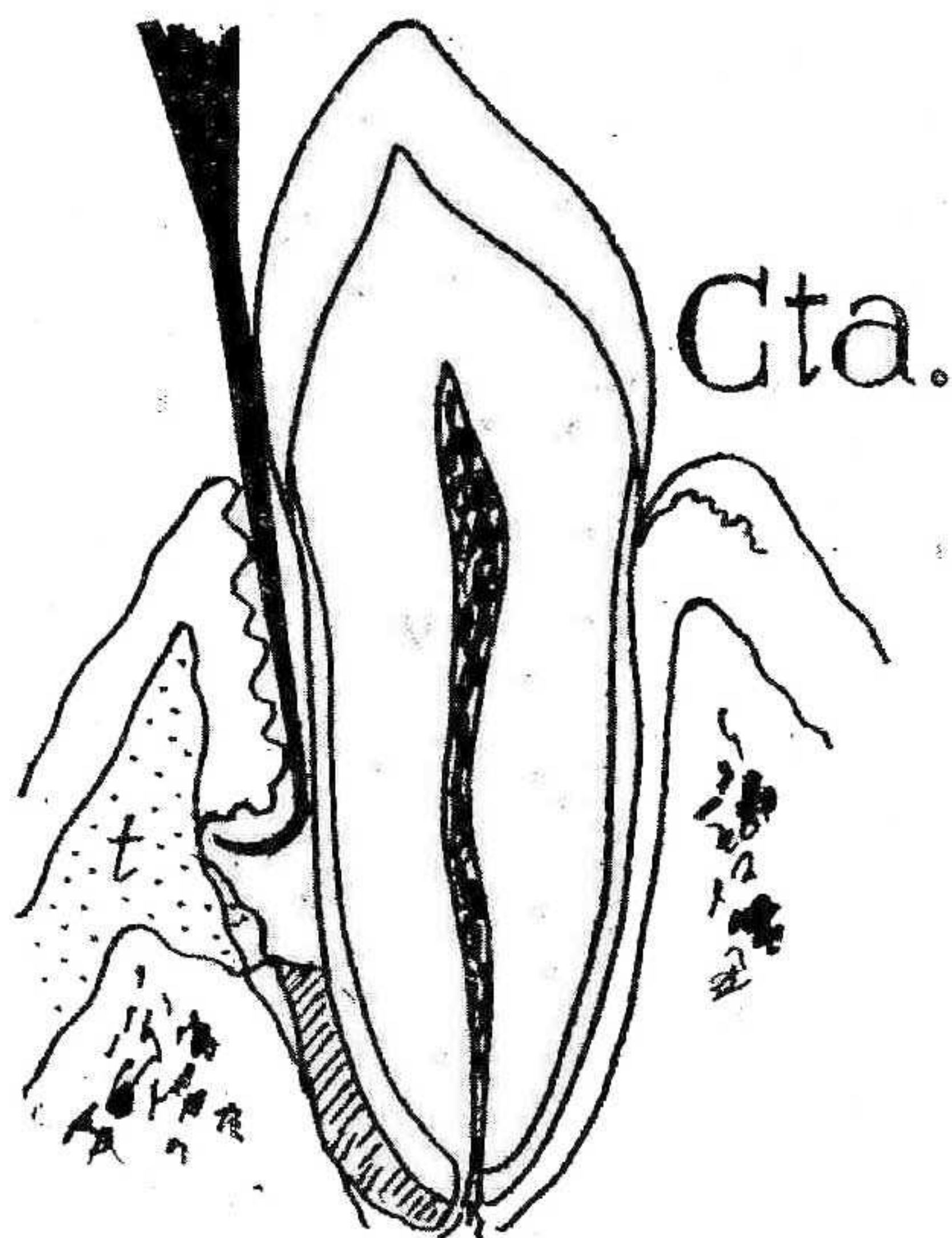


Fig. 10.—Curetaje. McCall

sados ocho días, previa anestesia local y con un bisturí (Figura 11) recto de hoja fina, de un milímetro de ancho aproximadamente y 10 de largo, activo en todo su perímetro, se empieza por incindir, desde la parte media de la cara vestibular del primer diente a tratar, contorneando hasta el espacio interdentario y así se va rebanando diente a diente hasta llegar a la cara vestibular del último que se desee tratar. Este corte ha de comprender toda la altura de la profundidad de la bolsa. En la parte lingual se efectúa de la misma forma.

Cuando la bolsa sea excesivamente profunda debe acortarse previamente con la *gingivotomía horizontal*.

De este modo queda desnudo el tejido conectivo y bañando toda la herida con un antiséptico, no cáustico ni irritante, que bien pudiera ser la tripaflavina o una solución de penicilina que quede unida al coágulo, a expensas del cual y a través de la red de fibrina proliferarán las nuevas células que se reinsertarán en el cemento.

La herida resultante la trata con toques diarios de ácido crómico al 20 por 100 por su acción astringente.

Como comentario de estas técnicas diremos que: 1.º) el curetaje nos proporciona una superficie cruenta más irregular, llena de dentillones, que la naturaleza ha de reparar, siendo el



Fig. 11.—Gingivectomia vertical. Box

esfuerzo regenerativo mayor que en la intervención por bisturí; 2.º) si la desepitelización no se hace perfecta y quedan zonas de bolsa con epitelio, la unión con el cemento en estos puntos es impracticable, y 3.º) ha de mantenerse aséptico el coágulo.

Este tipo de tratamientos están principalmente indicados en dientes anteriores, donde una intervención radical, gingi-

vectomía o Neuman, dan un aspecto estético desfavorable y sólo recurriremos a ellos cuando los anteriores tratamientos nos hayan fracasado, o cuando el enfermo tenga una edad avanzada donde los estímulos estén muy disminuídos, o cuando esté presente alguna tara orgánica que nos conduzca al fracaso; por ejemplo: intoxicaciones, diabetes, etc.

Una intervención con la que espero obtener resultados bastante satisfactorios es la de *revitalización de colgajo*, y cuya técnica, en síntesis, estriba en despegar una determinada zona de nurcoperiostio, dejando el tejido óseo expuesto, y después

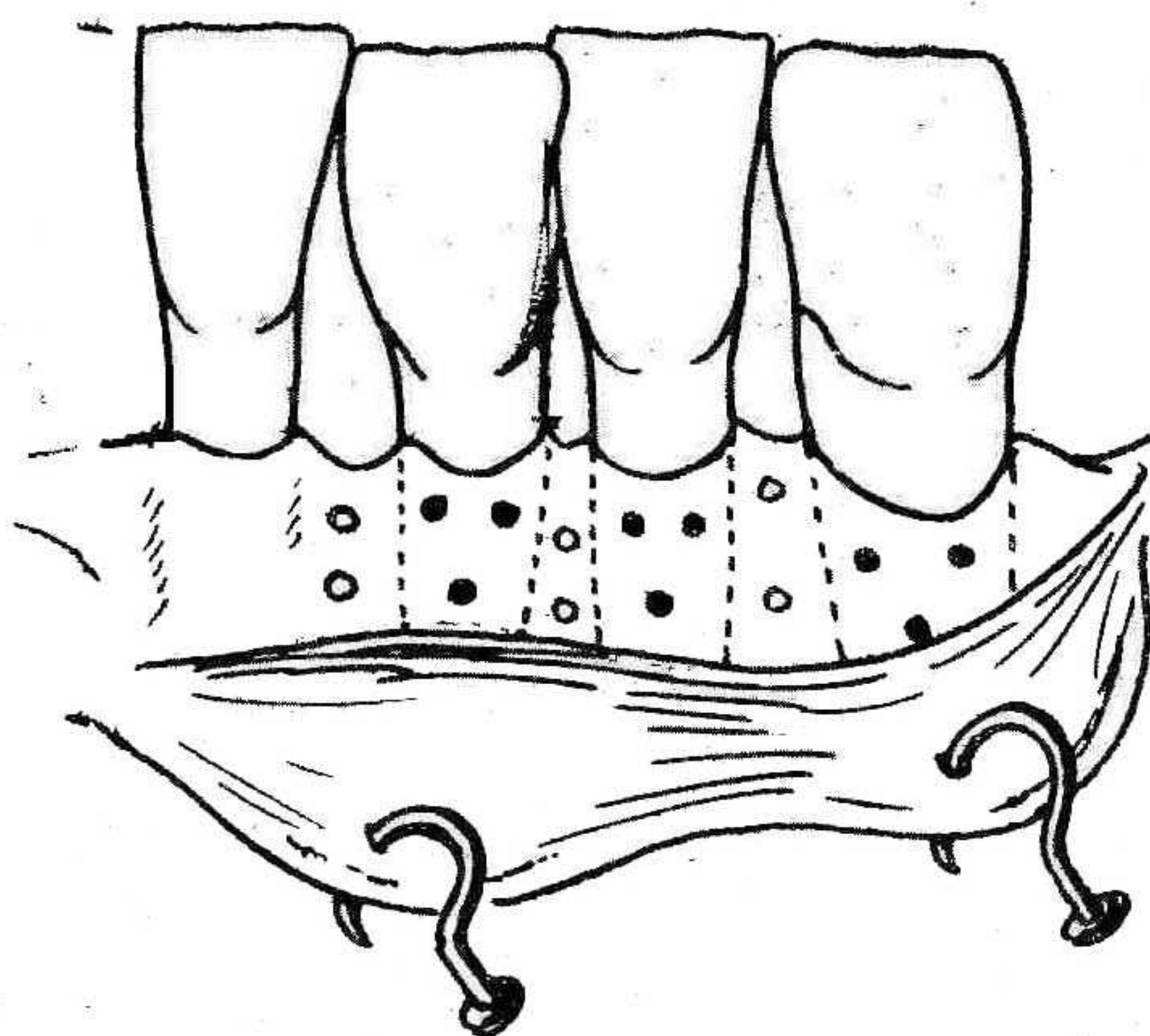


Fig. 12.—Operación de revitalización

(Los puntos negros indican las perforaciones en la parte radicular; los blancos, en las partes interradiculares.)

de regularizar crestas y demás asperezas, practicar con un trócar fino de un milímetro, o menor, perforaciones que afecten únicamente a la cortical en la forma que se indica en la figura número 6. Reponiendo, previo lavado con suero fisiológico, el colgajo. De esta forma conseguiremos establecer por aporte de nuevos vasos que provienen de la esponjosa, un refuerzo sanguíneo entre ésta y la mucosa, denominándola por este motivo *operación Revitalizante* (fig. 12).

También hemos de recordar la operación descrita por Sáenz de la Calzada de homotrasplantes intramaxilares de Osipov-Sinesti, presentada en su ponencia del XV Congreso Nacional de Odontología celebrado en Barcelona (mayo de 1947), y pueden ustedes encontrar todos los detalles de su técnica. Tiene su principal indicación en las piorreas distróficas.

Y su fundamento se basa en la saturación cálcica que se origina en las zonas injertadas.

Algunos autores, como Schwartz, consideran que el tratamiento ortodóncico en las desviaciones producidas por la piorrea puede dar lugar por las compresiones que se originan, a la formación de nuevas fibras ligamentarias. Para corregir las variaciones de posición está indicada la corrección y fijación permanente de aquellos dientes afectados, según técnicas conocidas.

Suavizaremos la articulación en aquellos puntos de excesiva sobremordida.

Tendremos también en cuenta la acción beneficiosa de otros medios. Así la insuflación subgingival del *oxígeno* estimula los procesos circulatorios y al tejido conjuntivo. El empaquetado con la pasta de penicilina ya indicada, nos proporciona la esterilidad de los focos y supresión de los síntomas inflamatorios cuando éstos existen.

La desvitalización tiene sus indicaciones, ya que ésta afianza los dientes, probablemente, por un mejoramiento de la circulación paradental al suprimirse la intradentaria.

La acción de la onda corta mejora también la circulación y sintomatología.

La radioterapia en dosis de 70 a 75 r.r. mejora el factor terreno, modificando las lesiones en sentido favorable, dos sesiones semanales, seis u ocho en total.

c) En la forma *distrófica* o de tipo *vertical*, atenderemos en primer término a la rectificación de la sobremordida, y por tener un fondo constitucional se tratarán las taras orgánicas apreciables.

Es de interés cuando se asocia con la forma mixta, con inflamación y bolsas el transformar el tipo vertical en horizontal quirúrgicamente (Neumann) y proceder a la inmovilización, ya que esta forma es mucho mejor tolerada, obteniéndose resultados más definitivos.

13. *Atrofia Alveolar* o de tipo *horizontal*. Si se trata de un proceso inicial, con la fijación exclusivamente obtendremos buenos resultados; mientras que en aquellos casos más avanzados con reabsorción ósea más extensa, el tratamiento quirúrgico debe ser la regla, acompañado del químico, según las manifestaciones sobreañadidas de cada caso.

No hemos de olvidar los efectos beneficiosos de la inyección de *Novocaina* a nivel del agujero dentario inferior y en la fosa pterigo maxilar, 2 c.c. Como *tratamiento general*, y siguiendo las normas del Dr. Schermant, el primer día por 0,5 unidades antes de la comida principal como dosis de tanteo para ver la sensibilidad del paciente, los siguientes 10 unidades, durante quince días, descansar dos meses y repetir, después cada seis meses, fecha en que se hará una nueva revisión.

La inyección subgingival la utilizo en contados casos por el edema a que da origen.

Está contraindicada en aquellos pacientes afectos de insuficiencia de miocardio y alteraciones coronarias, únicamente podrá utilizarse en menores dosis y preparando al enfermo previa administración de un mayor aporte de hidratos de carbono. En los Adisonianos o con insuficiencia suprarrenal debe ser absolutamente proscrita. También se tendrá en cuenta si el paciente está sometido a algún tratamiento proteínico o de com-

puestos metálicos, ya que ante ellos actúa con mucha más intensidad, debiendo suprimirse éstos durante la cura.

Respecto a su manera de actuar favorablemente en este proceso, podía considerarse debida a un aumento de la circulación de los capilares gingivales y alveolodentarios. Proporciona al mismo tiempo mejores condiciones defensivas al hígado, por aumento de las reservas del glucógeno hepático. Su acción hipoglucemiante no parece tener eficiencia en este proceso ya que actúa favorablemente, tanto en los sujetos hiper como hipoglucémicos. Disminuye también los cuerpos cetónicos en sangre.

Durante los dos meses de descanso insulínico administro: un preparado de lóbulo anterior de hipófisis, (Prelobán-Bayer, Physex-Léo, Proephrinon-Promonta), tres inyecciones semanales en días alternos de 500 unidades, pudiendo inyectarse hasta 1.500 por inyección.

El fundamento de su acción está basado en los estímulos que por ser la glándula del crecimiento envía al sistema óseo, además por su influencia sobre los demás sistemas glandulares, regulando la impregnación de sus secreciones sobre nuestro organismo, siendo asimismo un proceso reversible.

En los tratados de endocrinología, bien expresados están los síntomas de aflojamiento de los dientes que se presentan en la caquexia hipofisaria.

La vacunoterapia puede actuar beneficiosamente en los casos agudizados, inmunizando al organismo, y la empleo en ciertas ocasiones en las que las molestias o la excesiva supuración la reclaman.

Tratamiento privado.—Aconsejo al paciente cepillado correcto con una pasta antiséptica y algo astringente, seguido de colutorios que tengan las mismas propiedades, masaje interdentario con palillo, así como digital con una pasta de Cebión,

dejando impregnadas las encías. Antes del masaje digital y por la noche es conveniente enjuagarse la boca durante un minuto con agua oxigenada a 10 volúmenes.

Se prescribirán preparados de vitamina C y de ácido Nicotínico durante quince días cada tres meses, tres comprimidos al día de Cantán, Cecrisina, Cebión, etc., antes de cada comida, y otro de Nicosán, Nicotinamida, etc., al mismo tiempo antes de la comida principal.

Las condiciones higiénicas del individuo serán las óptimas: aire, sol, ejercicio físico en relación a cada caso; alimentación sana, mínimo protéico, frutas y verduras abundantes, reducción de farináceos y azúcares, así como el alcohol y tabaco.

Evitará en lo posible todo aquello que pueda influenciar desfavorablemente sobre el sistema neurovegetativo, manteniéndolo en perfecto equilibrio; y con esto y sin reservarnos nada por nuestra parte en el menor sentido, espero haberles presentado una síntesis del tema que se me ha adjudicado. Síntesis que espero haya sido para unos sobradamente conocida, mientras que para los más legos constituya una orientación y base para el futuro.

Damos asimismo las gracias a los doctores Schermant y Massa, por sus iniciativas; así como por haber tenido la gentileza, éste último, de cederme una traducción en italiano del libro original de Gottlieb, del cual han sido proyectados los últimos grabados.

TOXICIDAD DE LA ESTREPTOMICINA

La toxicidad inmediata del sulfato de estreptomicina altamente purificado, administrado por un período largo y continuado, es suficiente baja para justificar el uso de la droga en el tratamiento de infecciones graves prolongadas, tales como muchas formas de tuberculosis, y, sin embargo, como la estreptomicina puede producir reacciones tóxicas graves potenciales, no se recomienda usar la droga en el tratamiento de aquellas infecciones benignas, tales como la tuberculosis recién adquirida. (Farrington; "Jour. Am. Med. Ass.", 679, 1947.)