

ESTADO ACTUAL DE LA PARADENTOSIS

(según el XII Congreso del Arpa Internacional en Madrid*)

Después de una misa en la capilla de la Escuela Dental tuvo lugar la apertura de este Congreso Internacional bojo la Presidencia del Director de la citada Escuela, del Decano de la Facultad de Medicina y del Secretario del Arpa doctor Vauthier, tomando también asiento el Prof. Jaccard, Prof. Palazzi y otras delegaciones.

Las sesiones científicas trataron de los temas siguientes:

Etiología de la paradontolisis.—Por la Doctora Prof. Chaput, de Paris.

La autora informa sobre sus investigaciones clínicas y roengenológicas en 117 casos de paradontopatías tratados en colaboración con Jullien y Nardona. Entre ellos se halla el interesante caso reflejado en igual cuadro en gemelos. En ellos han de ser valorados el valor constitucional así como los factores locales. En el 50% de los casos se patentizó una insuficiencia hepática, mientras en un tercio serían disfunciones de la circulación periférica, y un cuarto se trataría de causas hormonales con influencia en el metabolismo óseo. El promedio de edad fué de los 40 años, sin embargo, se encontraban doce pacientes en los que con sus 20 años mostraban ya una atrofia ósea.

La paradentosis familiar se mostró en 52 casos, mientras que en 18 casos la paradentosis era de origen.

En 32 de los pacientes abundan las caries, mientras en 44 son menos, y muy poco en 38 de los casos. En la mitad del total de casos se puede observar una marcada abrasión. Defectos de oclusión se apreciaron en 110 de los casos y sólo uno ha-

Esta información es debida a fuentes alemanas, austriacas y suizas.

bía sido tratado ortodontopédicamente. Entre las demás anomalías las de sobremordida son las más registradas.

Según opinión de los autores la etiología de la forma clínica de la parodontosis estaría en la atrofia ósea por disfunción en la circulación periférica por irritación local, por diabetes o trastornos digestivos. Al lado de disfunciones hormonales,

En los momentos en que la resistencia general se debilita es cuando se presenta la estomatitis ulcerosa.

La fórmula sanguínea en un gran número de enfermos y el metabolismo de las proteínas han comprobado una hiperproteïnemia, con una desviación a la derecha de la fórmula leucocitaria, característica principal de esta disminución de la resistencia general.

Síntomas del hipertiroidismo secundario, desmineralización dental y de las paradontolisis.—Por el Dr. U. Vauthier, de Ginebra.

Después de describir los síntomas de esta enfermedad la relaciona con las manifestaciones de irritación de los centros coordinadores diencefálicos del sistema vegetativo, de las que no pueden ser separados. Una neurosis vascular parece ser la causa de la desmineralización en el diente, que las más de las veces acompaña a estos casos.

El tratamiento local y general con preparaciones orgánicas simpaticolíticas o simpaticomiméticas debe ser el instaurado.

Clasificación y nomenclatura de las paradenciopatías.—Por el Prof. Harndt, de Berlín.

Con una terminología considerada como dentro de la patología general y expuesta no sólo práctica y didácticamente sino útil también en el campo internacional el autor fundamenta su proposición en:

- 1.º Diferencias características de los síntomas clínicos.
- 2.º Cambios anatómo-patológicos fundamentales.
- 3.º Empleo de la terminología médica usual.

Con el esquema siguiente:

Paradentopatía marginal
Paradentoma

(inflamación paradental)
Elefantiasis gingival hereditaria
Epulis
Fibromatosis gingival
Gingivitiden
(enfermedad gingival)

o espasmos de la de circulación, la herencia puede ser motivo de la aparición de la enfermedad.

El tratamiento de la parodontosis debe ser principalmente local, sin eludir el tratamiento general.

Parodontosis y hormonas sexuales.— Por el Prof. Mühlemann, de Zürich.

El autor demuestra la dependencia entre las hormonas sexuales, la mucosa oral y el parodontio. La aparición periódica de esta manifestación patológica en el parodontio, así como su reversibilidad y su sincronía con la actividad de las gonadas, en unión de la abundancia de los factores predisponentes locales, hacer suponer la influencia del sistema ovario hipofisario y placentario. En las diferentes fases hormonales en la mujer así como en su acción extragenital, los cuerpos estrógenos juegan un papel muy importante en la génesis de la parodontosis; mientras la acción de las luteinas y gonadotropina son de significación secundaria.

Hemos también de distinguir entre la acción de la foliculina de corta duración o de gran duración. La primera da lugar a trastornos en el epitelio de la mucosa oral así como alteraciones en la permeabilidad vascular (gingivitis menstruales, menopáuticas), mientras la foliculina de gran duración ocasiona alteraciones proliferativas vasculares, del conjuntivo marginal del periodonto.

El parodontio en la enfermedad general.— Por el Prof. Siegmund, de Münster.

El Prof. Siegmund trató del comportamiento del parodontio en la enfermedad general y más especialmente en la endoarteritis obliterante generalizada. Las alteraciones de las paredes vasculares y especialmente no sólo en los vasos de las extremida-

des sino también en los del paradentio. Toda afección localizada en las paredes vasculares muestra asimismo un cambio o alteración en los tejidos parodontales en cuyo cuadro clínico tiene lugar un proceso osteolítico en el que queda interesado el paradentio con todas sus consecuencias funcionales respecto a los dientes.

El componente endógeno de la estomatitis ulcerosa pseudo-epidémica.—Por el Dr. H. J. Kutzieb, de Neuss.

aguda	crónica
Gingivitis catarral	Gingivitis crónica marginal
Gingivitis necrótica	Gingivitis hiperplástica
Gingivitis ulcerosa	Gingivitis rareficiens
	Gingivitis tóxica
	Paradentolisen
	(enfermedad alveolar)
	aguda
	Abceso paradental
	Paradentitis marginal=Papilitis
	crónica
	inflamatoria
	Paradentitis
	(inflamación alveolar)
	atrófica
	Paradentosis
	(atrofia alveolar)
	Formas mixtas
	Paradentitis distrófica
	Inflamación paradentósica secundaria

La paradentosis desde el punto de vista constitucional y fisiológico.—Por el Dr. Hruska, de Mayland.

El autor trata de la paradentosis desde el punto de vista constitucional y biológico por sus experiencias en indios y aztecas. También ha estudiado su etiología en los judíos, siguiendo sus investigaciones en el Homo sapiens en Africa, sin poder sospechar una curación ni con los medios terapéuticos ni con los protéticos.

Los casos de curación los clasificaría dentro de las estomatitis en las que estuviera interesado parte del paradentio.

Patología general y clasificación de las paradenciopatías.— Por el Prof. Siegmund, de Muenster.

Las paradenciopatías son consideradas modernamente desde el punto de vista de la concepción funcional del órgano como una unidad de acción constructiva y dinámica. Esta acción representada por el endodoncio (diente) que en cada descarga transmite esta fuerza a los tejidos del paradentio, en el sentido de un sistema funcional repetimos.

El cemento pertenece lo mismo en cuanto a las cargas, que histogenética y nutritivamente al parodonto. Su comportamiento respecto al hueso alveolar en cuanto a sus posibles alteraciones de sus cargas se atribuyen a la aparición de tracciones tangenciales sobre la superficie del diente.

La formación del parodonto no es de ninguna manera invariable sino que depende de las exigencias constantes del endodoncio (diente). Cada unidad dentaria (odonton).

La particularidad de todas las paradenciopatías está en el hecho de que al cambiar sus relaciones normales, estructurales y funcionales del diente con su aparato de sosten y alvéolo la instauración de un nuevo equilibrio no es posible conseguir.

El primer estadio distrófico en la paradentosis tiene lugar como consecuencia del aumento de presión sobre el diente y no sobre el paradentio.

No habrá posibilidad de normalización si existe desequilibrio entre las fuerzas aplicadas al diente y la capacidad biológica del paradentio.

Las fuerzas mecánicas, presiones y tracciones, aplicadas sobre los tejidos de sostén dan lugar a alteraciones del metabolismo. Estos cambios pueden provocar una desorganización de la estructura micelar o por irritación del sistema vegetativo-vasomotor y trófico a una modificación de la circulación sanguínea y del trofismo tisular del paradentio (distrofia neuro-circulatoria).

Dependiendo de grado de irritabilidad y de la capacidad de reacción vegetativa del parodonto los mismos estímulos

darán lugar a diferentes trastornos tróficos y circulatorios. Distrofias y trastornos izquémicos que nos llevan a alteraciones del metabolismo con edema, histio y osteolisis e inflamación. Por la atrofia subsiguiente y el desprendimiento de la cubierta epitelial se hace posible la invasión bacteriana. A esta infección secundaria corresponde después un proceso inflamatorio que carece de influencia sobre el foco primario.

Considerando el proceso en el campo de la patología comparada en relación con el poder de irritación nervo-vegetativo pueden clasificarse las paradentopatías marginales en afecciones inflamatorias primarias (Parodontitis), displásticas-distróficas primarias (Parodontosis), y neoplásticas (Parodontoma). A estas formas cabe añadir las formas mixtas: Parodontosis inflammata y Parodontitis distrófica. Esta clasificación corresponde al cuadro clínico y a las exigencias prácticas. El término Parodontosis en Alemania corresponde, en el lenguaje científico, a la forma distrófica-displástica.

La clasificación propuesta por Orban en cinco categorías puede fácilmente reducirse a tres. Los traumatismos no representan una forma patológica sino solamente una característica patogénica.

La clasificación de las paradenciopatías hecha únicamente desde el punto de vista etiológico es imposible pues son varios los factores, exógenos y endógenos que concurren siendo los más importantes las alteraciones de las cargas funcionales, la capacidad de reacción vegetativa, trófica y circulatoria. Las paradontopatías son la consecuencia de alteraciones de la circulación periférica y del metabolismo. Las infecciones juegan solamente un papel secundario.

Resumiendo, nuestra clasificación es la siguiente:

I—Parodontopatía inflamatoria (Parodontitis.)

a) Parodontitis marginalis superficialis (gingivitis acuta, crónica, catarral, purulenta, hemorrágica, fibrosa, necrótica, ulcerosa, hiperplástica, específica).

b) Parodontitis marginalis profunda progresiva (aguda, crónica, infiltrativa, purulenta, abscedens, dissecans).

II—Parodontopatía distrófica (degenetiva) (Parodontosis).

- a) Parodontosis displástica.
- b) Parodontosis atrófica involutiva (senilis, presenil, atrofia alveolar difusa).

III—Parodontopatía neoplástica (Parodontoma).

Profilaris de las parodontopatias.—Del Prof. Holst, de Kopenhague

El autor afirma que existiendo la posibilidad de determinar la frecuencia de las caries por cifras e índices no lo es en las parodontopatías no obstante un gran número de pacientes de más de 40 años haya perdido sus dientes como por la caries. Sería pues necesario encontrar un tratamiento profiláctico racional de esta enfermedad. Si un gran número de profesionales no aplica los tratamientos paradentósicos es por ser estos conceptos muy vagos y su etiología sólo parcialmente estudiada.

La demostración de los beneficios de los tratamientos de las parodontopatías es mucho más difícil que la de las caries y no puede ser expuesta en cifras. Los perjuicios causados por las parodontopatías son tan grandes que ello representa no sólo una misión importante para el odontólogo sino una cuestión trascendente para la salud pública.

En Kopenhague la clasificación se basa en la sintomatología clínica, correspondiendo al esquema siguiente:

- 1.° Gingivitis:
 - acuta catharrhalis.
 - " necrotica.
 - chronica simplex.
 - " hypertrophica.
 - " ulcerosa.
 - " desquamativa.
- 2.° Paradentitis marginalis:
 - superficialis.
 - media.
 - progressiva.

3. Parodontosis. Todos los casos de paradentitis marginal infantil y juvenil y los casos de adultos sin inflamación gigival, en los que los primeros signos de alteraciones paradentarias son la movilización, desviación o migración idiopática de los dientes.

- 4.° Atrophia alveolaris praecox.

Karen
Holst

Tandlægebladet

Dec. 1963

NR. 12

La experiencia ha demostrado que las paradentitis marginalis responden satisfactoriamente al tratamiento local, mientras que las parodontosis lo hacen escasamente o nada en absoluto. Para el autor, el 90 por 100 de los casos de parodontopatías pertenecen a la primera categoría, y sólo el 10 por 100 a la segunda.

Se hace una revisión analítica de numerosos trabajos dedicados al estudio de las parodontopatías en estos últimos años exponiendo el autor sus conclusiones en las que se recomienda las medidas profilácticas, especialmente en los niños, deseando que la profesión utilice estos medios de indudable eficacia.

Desprendimiento de las estructuras fijas.—Por M. Jeanneret, de Berna.

Las estructuras se despegan frecuentemente por el hecho de conservar los dientes una cierta movilidad en sus alvéolos. Ello es consecuencia de la aparición de movimientos “paranormales” que ejercen un movimiento de dislocación de la pieza de anclaje y la masa dentinal adyacente. La frecuencia de estos movimientos acaban por determinar el desprendimiento. Este movimiento difiere del de vibración por su localización y su origen; en efecto, éste se produce en el alvéolo mientras los movimientos paranormales se manifiestan en el límite entre el oro y la dentina, y por otra parte, el empuje que provoca un desplazamiento se ejerce siempre sobre el mismo diente, mientras que la fuerza que produce los movimientos paranormales provienen siempre, directa o indirectamente, de un diente vecino. Para evitar estos movimientos lo importante es construir la estructura en el momento más favorable y no esperar a que el ¡ojo! sea muy avanzado. De otra parte en la construcción de las estructuras protéticas debe tenerse en cuenta la disposición de los pilares, de acuerdo con el esquema de Roy.

Oclusión y articulación en las enfermedades peridentales.—Por P. Gacía Gras, de Madrid.

El autor trata de la oclusión y articulación. Después de referir diversas teorías expone el medio de inscribir fotográficamente los desplazamientos de la articulación.

El conocimiento de la fisiología de la articulación dentaria es indispensable para la profilaxis y terapéutica de las paradentopatías.

Piorrea y senopatías maxilares.—Por el Dr. García del Villar, del Madrid.

El autor presenta aspectos interesantes sobre el envejecimiento de los maxilares; estima que no son solos los tejidos del paradentium los que deben tomarse en consideración, sino que el hueso maxilar y mandibular participan en la etiología de las paradentopatías.

Este trabajo se acompañó de excelentes grabados.

Nomenclatura y clasificación.—Por Prof. S. Palazzi, de Milán.

El autor estima que los términos empleados después de veinte años: paradentium y sus derivados, han prestado grandes servicios y pertenecen ya al lenguaje hablado. Las cuestiones etimológicas no son absolutas en este terreno. Son numerosos los términos médicos que deberían modificarse si fueran de acuerdo con los etimologistas. Sería pues injusto desechar el término paradentium. Debemos conservar la nomenclatura de los fundadores del "Arpa".

Las ondas ultrasonoras en las paradenciopatías.—Por A. Nadal, de Barcelona.

El autor afirma la importancia de las ondas ultrasonoras en el tratamiento de las paradenciopatías. También presenta el aparato que utiliza así como numerosos grabados explicativos.

Importancia de la piel en los procesos patológicos y en especial las paradentopatías.—Por T. Blanco, de Madrid.

Según el autor la afección se instalaría en el ligamento, en el desarrollo dentario. Los restos epiteliales de Malassez jugarían un papel regulador en la función del diente. La inflamación de los restos epiteliales sería debida a trastornos humorales. Los productos tóxicos así elaborados serían el origen

de la osteoporosis. La piel jugaría un papel absorbente por las radiaciones luminosas, la energía así acumulada sería transmitida al sistema neuro-vegetativo. Para el autor la piel y las glándulas de origen ectodérmico jugarían un papel capital en la instauración de las paradentopatías.

Experiencias clínicas sobre la reinserción ligamentaria con penicilina.—Por F. A. Carranza,, de Buenos Aires.

La cicatrización del saco paradentario no puede obtenerse con la infección. Se considera la superficie desnuda del cemento como un tejido muerto, pero sólo sabemos que el cemento continúa todavía unido a la dentina. Paralelamente a la infección radicular, por expresión del granuloma periapical, el granuloma paradentario no puede curarse mientras el cemento siga infectado. El problema estriba entonces, después de eliminar el asiento necrótico cementario y la infiltración epitelial que ha recubierto la superficie blanda del fondo de saco, favorecer, defendiéndolo del medio salivar y la infección, la organización que permita la regeneración periodontal bajo la protección de un anillo epitelial adherente.

La eliminación de todo traumatismo es indispensable. Se procederá a la asepsia oral y dental, con instilaciones de penicilina, recubriéndose la herida con cemento quirúrgico. Los éxitos clínica y radiográficamente comprobados no son todavía numerosos, pues la experiencia continúa.

Las conclusiones del autor son las siguientes:

1.º La adherencia epitelial, la reinserción conjuntiva, la regeneración ósea son posibles y pueden llevar a una "restitutio ad integrum" del paradentium.

2.º El cemento desnudo, no vital, no es inconveniente para la reinserción.

3.º El enemigo de la reinserción es la infección.

4.º El problema de la reinserción consiste en poner en contacto el tejido conjuntivo del fondo de saco con el cemento en condiciones de esterilidad y reposo que permita la organización del callo.

5.º La técnica descrita debe considerarse como experimental. La experimentación debe continuar para determinar la forma de su aplicación clínica.

Contribución al estudio del granuloma en la paradentosis.—Por el Prof. R. A. Vivone y E. Carames de Apriles, de Buenos Aires.

Trabajo realizado sobre biopsias en sujetos afectos de paradentosis y sobre granulomas apicales y gingivales. Método de tición: impregnación con carbonato de plata, de Río Ortega (7 microfotografías).

La disminución de corpúsculos retículo—histiocitarios en el granuloma paradentario en comparación con otros tipos de granuloma, probaría que existe una acentuada inhibición del sistema retículo endotelial.

Histológicamente la infiltración linfoplasmocitaria y polinuclear predomina en el granuloma paradentario siempre con participación del epitelio—con o sin ulceración—y rara vez con la participación del sistema retículo endotelial. Los procesos granulomatosos disminuyen sensiblemente hacia el fondo del saco, este sector conserva la actividad y la diferenciación mesenquimatosas. El fondo de saco, tiene una propiedad osteogénica, facultad histológica de gran interés clínico y terapéutico.

Estudio comparativo de las gingivectomías y de en las paradentosis.—Por R. A. Vivone y O. Repetto, de Buenos Aires.

Existe una correlación perfectamente definida entre el tipo de lesiones óseas y la técnica a seguir en el tratamiento quirúrgico de las paradentosis:

1.° En el caso donde no exista más que una alteración del tejido gingival sin la participación del tejido óseo, está indicada la técnica de la gingivectomía.

2.° Cuando el diagnóstico radiográfico nos muestra una atrofia ósea horizontal, debemos emplear la gingivectomía.

3.° Cuando el diagnóstico radiográfico muestra una atrofia ósea de tipo vertical, la intervención a colgajo (lambeaux) es la técnica a seguir.

Tratamiento quirúrgico en la paradentopatías.—Por R. A. Vivone y A. Ramos.

El tratamiento quirúrgico en las paradentopatías está condicionado por:

- a) El examen general clínico y serológico.
- b) El examen local clínico, radiográfico y la articulación dentaria.
- c) Por la psicología del paciente.

El tratamiento quirúrgico está contraindicado de una manera absoluta o temporal en:

- 1) Algunas paradentopatías de etiología general bien determinadas.
- 2) En algunos estados locales patológicos (estomatitis, etc).
- 3) En el mal estado o condición de los dientes.
- 4) En la acentuada extrusión de los dientes (relaciones ocluso-articulares).
- 5) En una movilidad de más de un mm. en el sentido vestibulo-lingual y mesio-distal.
- 6) En la reabsorción ósea superior a 2/3 de la raíz del diente (contraindicación no absoluta pero que exige la preparación de férulas o dispositivos de inmovilización).

Existe una relación entre las afecciones digestivas y la paradentosis.—Por A. Queginer, de París.

El autor estudia las irritaciones del tracto digestivo de origen infeccioso, funcional o emotivo sobre el sistema nervioso vegetativo, y en consecuencia sobre los centros nerviosos de la consciencia y sobre el funcionamiento glandular. A esto se sigue de trastornos vasculares y tróficos que disminuyen la resistencia de los tejidos, tales como el paradentium. Añádanse las irritaciones debidas a trastornos de la función masticatoria que abocan a diversas formas clínicas de paradentopatías. El autor insiste en la importancia del tratamiento psíquico.

Etiología y tratamiento de la piorrea paradentósicas.—Por O. Bernat, de Madrid.

El autor después de un estudio de los principios de fisiología general, da una gran importancia a la acción vasomotriz de ciertos nervios sobre los vasos sanguíneos que alimentan la mucosa bucal. Estudia diversas teorías sobre la etiología de la paradentopatías. El análisis demuestra que los procesos lo-

cales tienen una nosología única; atribuye la piorrea paradentósica a una anoxia de los tejidos.

Las férulas en el tratamiento de la parodontitis.—Por el doctor L. Wagenbischler (Bad Gastein).

Las modificaciones sobrevenidas en el medio ambiente han tenido como consecuencia una disminución de la resistencia de los elementos que sostiene el diente. De ello resulta una desarmonía entre el diente y dichos elementos. La puesta a contribución funcional del órgano dental debilitado desencadena la parodontosis.

La sobrecarga nocturna es más perjudicial que las irritaciones diurnas, y es posible combatirla haciéndole llevar una férula simple y amovible.

El tratamiento funcional de las paradentopatías.—Por el doctor A. Lüberck (Würzburg).

La sensibilidad específica del *paradéntium* en relación con los trastornos funcionales exige un diagnóstico, una profilaxis y un tratamiento precoces de la parodontosis. El diagnóstico funcional tiene que basarse en un conocimiento profundo de la ortopedia de los maxilares y del desarrollo de la dentadura humana. El fin de la terapéutica funcional de las parodontosis es la conservación, la recuperación y el mejoramiento de la actividad funcional del sistema mandíbulo-maxilar en sus distintas partes. Comprenden: el diagnóstico, la interpretación y la eliminación de los trastornos funcionales de la dentadura paradentósica. El equilibrio de la articulación tiene que acompañar a las intervenciones profilácticas y terapéutica en cada tratamiento de la parodontosis.

Primeros resultados del tratamiento funcional precoz de la parodontosis.—Por el doctor J. Eschler, de Freiburg.

A pesar de utilizarse un aparato algo primitivo, pueden ponerse en evidencia las perturbaciones circulatorias en correlación con la estructura "en cadena" del aparato masticatorio. Durante el sueño estas perturbaciones de la circulación en las encías y en el *paradéntium* están relacionadas con una dismi-

nución de la velocidad general de la circulación; al propio tiempo, se comprueba un aumento considerable del tono muscular. A este propósito, el autor ha hecho comprobaciones particularmente significativas en el músculo masetérico.

Mediante un adecuado aparato, puede bajarse el tono muscular y devolverse a condiciones normales la velocidad de la circulación sanguínea.

Las comprobaciones del autor demuestran que con el mismo aparato no es posible tratar la parodontosis ni las maloclusiones.

La epidemiología de la gingivitis úlcero-membranosa.—Por el doctor J. J. Pindborg, de Copenhague.

El autor ha examinado 7.502 marineros y 2.075 soldados de las Fuerzas Armadas de Dinamarca. El día de la entrada en servicio, la frecuencia de la gingivitis marginal sencilla era del 66 por 100 y la de la gingivitis úlcero-membranosa, del 6,9 por 100 en los marineros. La incidencia máxima de esta última se manifiesta desde agosto hasta octubre. Después de algunos meses de servicio, la forma úlcero-membranosa llega a ser tres veces más frecuente en la Marina y dos veces en el Ejército de Tierra. El autor piensa que esta afección es contagiosa y que su aparición es favorecida por una gingivitis preexistente y por el uso del tabaco.

La influencia de la función en la etiología, el diagnóstico, la terapéutica y la profilaxis de la parodontosis.—Por el doctor K. Thielmann, de Frankfurt. a M.

El trabajo funcional fuera del eje longitudinal de los dientes, lo mismo que una sobrecarga basculante, constituyen a menudo la causa mecánica de las parodontopatías en la región de los incisivos. Las insuficiencias funcionales causadas por trastornos de oclusión en la región de los molares producen frecuentemente un efecto en dirección diagonal y, en las formas habituales, conducen regularmente a una serie de alteraciones secundarias en el conjunto del sistema dentario. Un diagnóstico exacto de estos elementos etiológicos funcionales, hará posible un tratamiento sistemático de las parodontopatías

mediante la eliminación de los obstáculos al deslizamiento y de las posiciones defectuosas secundarias.

Basándose en estos principios biomecánicos, se obtendrá en los casos simples, efectuando correcciones precoces con el carborundo, una dentadura funcionalmente óptima y resistente a la parodontosis, sin empleo de medida ortodóncica alguna. En los casos de irregularidades graves, estas correcciones representan un complemento importante para facilitar el tratamiento ortodóncico. Tratando con el carborundo dientes contiguos y opuestos, inmediatamente después de una extracción en la región de los molares, se pueden prevenir graves alteraciones de la dentadura, y a veces evitar incluso prótesis. Para conseguir una buena restauración funcional y estabilidad de los dientes restantes, lo mismo que para preparar un tratamiento protético, es necesario, en primer lugar, igualar con el carborundo las irregularidades que presente la dentadura.

Higiene diaria de la boca.—Por el doctor F. J. Bossard, de París.

Las investigaciones científicas han demostrado que las afecciones dentarias y parodontales son manifestaciones degenerativas relacionadas con la civilización avanzada. Se trata de reducir al mínimo dichos efectos por medios tales como el deporte, el masaje, la hidroterapia, etc. En el mismo orden de hechos, convendría utilizar para la higiene de la boca, medios no solamente deteritivos, sino también susceptibles de reactivar los tejidos de la cavidad oral y las glándulas salivales y de estimular las funciones de defensa de los tejidos. La sal de cocina y la sal marina pueden ejercer tal efecto. Los medicamentos no deberían ser aplicados sino en casos excepcionales y sobre prescripción del odontólogo o del médico. Las sustancias a base de jabón o que desempeñen un papel de humedecimiento no son indicadas. El cepillo de dientes sirve para el masaje, y, por consiguiente, para la conservación y reactivación de los tejidos, aunque no tiene que ser demasiado duro. La higiene de la boca no tiene que perseguir un fin meramente cosmético, sino que ante todo tiene que favorecer el establecimiento de un equilibrio biológico óptimo en la cavidad oral.

La extracción dental y la fijación en el tratamiento de las parodontosis.—Por el doctor José Font, de Valencia.

La fijación en el caso de las parodontosis es útil aunque, para que el éxito la acompañe, hay que realizarla después de eliminar todo proceso infeccioso periodontal mediante un saneamiento de la boca.

La prótesis móvil es catastrófica como medio de fijación en las parodontitis, a menos que se utilicen los dispositivos de la llamada “prótesis esquelética” que deja al descubierto el surco gingivodental. De este modo, las fuerzas de distinta naturaleza que actúan sobre los dientes quedan parcialmente compensadas.

La verdadera fijación se consigue con prótesis fijas que, mediante un número suficientemente de apoyos, le confieren rigidez al sistema de fijación sin someter los dientes a una carga excesiva.

El sistema de puentes unidos entre sí, preconizado por el autor, es la mejor solución, ya que posee todas las ventajas del puente total y las de los puentes segmentarios. Este sistema permite sacrificar relativamente pocos tejidos dentales, a pesar de proporcionar un buen ajuste de las coronas; en efecto, el problema del paralelismo de los pilares queda grandemente simplificado en este tipo de puentes. Hay que evitar en lo posible la desvitalización.

El órgano dental y su patología: Nomenclatura y clasificación.—Por el doctor A. J. Held.

Antes de hablar de terminología, es necesario ponerse de acuerdo acerca del *valor y de la utilidad de ciertos conceptos, que convendrá definir mediante apropiados términos*. Esto ocurre con la noción de órgano dental (Gebis), cuyo empleo corriente se justifica para definir una entidad específica mínima similar desde el punto de vista morfológico y estructural a otros elementos cuyo conjunto constituye el aparato masticatorio.

La noción del *órgano dental* “unidad” se justifica aunque este órgano no es capaz, por sí solo, de ejercer la totalidad de una función; sin embargo, se puede concebir esta última en

el sentido de la transmisión de las fuerzas por el aparato masticatorio y que vienen a actuar sobre un objeto cualquiera, lo mismo se trate de otro órgano dental, de una prótesis. Por otra parte, desde el punto de vista práctico, no es ilógico establecer un límite entre el núcleo adamantino-dentino-pulpar (*endodonto*) y sus elementos de fijación (*parodonto*). El uno y el otro son el objeto de capítulos particulares de la patología y de la terapéutica. Así que en el campo didáctico, la *endodoncia* (tratamientos dentales conservadores) está netamente separada de la *parodoncia* (clínica y tratamiento de las afecciones que interesan los elementos de fijación del endodonto). Estos conceptos son claros y lógicos, aunque convencionales, como lo son todas las delimitaciones y subdivisiones en los órganos.

El autor propone como base de discusión, una sistematización y una clasificación de las enfermedades del órgano dental:

I. *Endodontopatías*:

Corrosiones, abrasiones, caries, pulpopatías, odontomas, adamantinomas, etc.

II. *Parodontopatías*:

1. *Parodontopatías endodontógenas*.—Periodontitis, osteítis, quistes.

2. *Verdaderas parodontopatías*.—A) Gingivitis.

B) Parodontólisis: a), parodontitis; b), parodontosis; c), periodontosis.

C) Parodontomas: Epulis, elefantitis gingival, etc.

3. *Parodontopatías sintomáticas*.—Avitaminosis, intoxicaciones, discrasias sanguíneas, reticulosis, etc.

Las parodontopatías comprenden el conjunto de los procesos patológicos que afectan al parodonto o algunos de sus elementos constituyentes. Por una observación más directa se puede distinguir tres tipos de parodontopatías, según sus relaciones con las endodontopatías (*parodontopatías endodontógenas*), su ausencia de correlación aparente con un trastorno del organismo (*parodontopatías verdaderas o puras*), y, por fin, su especificidad (*parodontopatías sintomáticas*). La diferenciación entre las parodontopatías verdaderas y las formas sintomáticas no es sino relativa (y quizás pueda ser sólo provisional) por el hecho de que ciertas observaciones futuras, en

el campo de las correlaciones entre las parodontopatías y las alteraciones metabólicas del organismo, borrarán estas diferencias.

Clasificación clínica de las enfermedades del parodonto.—P. Ayllón, de Lima (Perú).

El autor pone en discusión una nomenclatura precisa en la que considera la difereciación clínica. Considera el diente como una unidad funcional y orgánica. El parodonto es un estadio particular donde asisten ciertos trastornos locales y generales que se manifiestan con alteraciones o reacciones inflamatorias o distróficas, tanto en el tejido gingival o en el periodonto, como en el cemento o el hueso alveolar.

La región gingival constituye una parte terminal muy sensible a las alteraciones generales y locales. Los elementos de apoyo del diente poseen también ciertas características de un órgano terminal y su fisiopatología constituye una reacción esencialmente relacionada con las perturbaciones funcionales mecánicas. En condiciones normales, la relación P/Ca se encuentra equilibrada y la ruptura de este equilibrio da lugar a osteopatías o degeneraciones óseas. Las parodontosis son estados atróficos degenerativos de los tejidos de apoyo, y varias esteopatías han sido relacionadas con este tipo de afecciones.

Clasificación:

Clase I: Gingivitis.—Afecciones inflamatorias provocadas por factores endógenos y exógenos del *tejido de revestimiento* (epitelio y conjuntivo).

Formas clínicas: Hemorrágica, hipertrófica, ulcerante, hiperplásica, purulenta.

Clase II: Parodontitis.—Afecciones inflamatorias (no degenerativas) que empiezan en el periodonto o desmodonto, debidas a factores endógenos y exógenos.

Formas clínicas: Inflamatoria, hemorrágica, purulenta, estados ligeros marginal y complejo.

Clase III: Parodontosis piorreica.—Afecciones inflamatorias crónicas que empiezan en el tejido de revestimiento y pasan al tejido de apoyo, debidas a causas endógenas hereditarias o a alteraciones constitucionales del terreno (metabolismo, carencia, intoxicación).

Formas clínicas: Hemorrágica, hipertrófica, ulcerante, hiperplásica, linfática, purulenta.

Clase IV: Parodontosis degenerativa.—Estados inflamatorios y degenerativos que empiezan en el tejido de apoyo y pasan al tejido de revestimiento, con modificaciones óseas (atrofia neuroglandular).

Formas clínicas: Hemorrágica, hipertrófica, hiperplásica, degenerativa.

El odontoma en los quistes dentíferos.—Por el doctor S. Pallazzi, de Milán.

El autor ha estudiado una serie de quistes dermoides, de quistes ováricos y un teratoma ovárico.

El esmalte de dientes extraídos de quistes ováricos parece bien constituido, con prismas normalmente orientados y láminas poco numerosas; no hay caries, sino pérdidas de sustancia por resorción halisterética. No hay cutícula y las relaciones esmalte-dentina son normales, así como la dentina y el cemento.

El epitelio perteneciente a la bolsa gingival normal es destruido en sus capas superficiales y presenta una infiltración leucocitaria en el extremo de la papila; en el hueso alveolar, se encuentran algunas zonas de resorción osteoclástica. El periodonto es normal, con haces que unen el cemento al hueso alveolar. La pulpa presenta una ligera atrofia en la zona odontoblástica. Se comprueba a veces una estratificación del hueso y del cemento, aspecto característico de los dientes no funcionales.

El autor ha encontrado, a veces, dentina secundaria, lo cual prueba que el poder dentinógeno puede ser puesto en acción directamente por estímulos internos.

La pulpectomía en el tratamiento de las parodontosis.—Por el doctor José Font, Valencia.

El autor no cree que la extirpación pulpar en sí misma lesione el *paradentium*, siempre que se efectúe asépticamente, sin hemorragia y realizándose una perfecta obturación radicular inmediata.

Todas las pulpectomías deben efectuarse con anestesia, con el fin de conservar la plena vitalidad de los restos pulpares sin extirpar y de la zona periapical.

Esta condición es más aún más indispensable para los dientes parodontósicos, porque hay que evitar las alteraciones que los cáusticos pueden ocasionarle a los tejidos gingival y per-apical.

Para lesionar lo menos posible la articulación alvéolo-dental, conviene abstenerse de la anestesia intraligamentaria o intradiploica, efectuando pulpectomías en dientes parodontósicos.

Para ello, el autor prefiere la anestesia regional, la cual permite realizar simultáneamente la pulpectomía, la gingivectomía alrededor del diente que hay que depulpar y de los dientes próximos, o su extracción en caso de necesidad.

La paradentosis, envejecimiento prematuro del borde alveolar.—Por el doctor José Font, de Valencia.

Al avanzar la edad, el proceso alveolar experimenta una involución fisiológica que provoca la movilidad y la pérdida de los dientes. Este proceso es acelerado en los parodontósicos, y ello, según el autor, constituye la base de la etiología de las paradentosis. Los otros factores que ejercen una influencia en las distintas modalidades clínicas de esta afección serían más bien secundarios. Por ello, la paradentosis debe ser considerada como una manifestación de senilidad precoz.

Homeopatía, paradentosis y neuralgias.—Por el doctor R. Jaccard, de Ginebra.

La terapéutica homeopática puede ser muy útil en el tratamiento de las paradentosis y de las neuralgias, aún cuando esta terapéutica no sea sencilla. Ello requiere un conocimiento profundo de todas las *signaturas* en cada caso individual. El autor expone las dos tendencias de la homeopatía: el *unicismo* y el *pluricismo*. Como es extremadamente difícil hallar un único carácter en las enfermedades del *paradentium* y del *endodontium* (unicismo), el autor prefiere recomendar algunas fórmulas *pluricistas*, bien para el tratamiento de las paradontólisis, bien contra las inflamaciones con formación de pus, sea contra los dolores neurálgicos o incluso contra el efecto de Karolyi. Da algunas recetas con las diluciones y dosis, de forma que el tratamiento homeopático no debe ser menospreciado.