

Breves consideraciones al margen de la evolución embrionaria de la primera dentición y su influencia sobre el estado general

Por el

Dr. J. Gilberto Recinos

Antecedentes.—El proceso evolutivo de la primera dentición en los niños reviste, con harta frecuencia, caracteres muy alarmantes, no por la incomodidad local, que al fin y al cabo pasa sin consecuencias, sino por las repercusiones de mucha significación que tiene en el estado general del pequeño paciente, cuya salud se ve seriamente comprometida si no se le atiende con la oportunidad que el caso reclama, que dista mucho de ser una simple atención casera.

Este tema, tan discutido desde los tiempos hipocráticos, ha tenido sus altibajos en las especulaciones científicas: ha tenido épocas de actualidad entre los investigadores franceses, austriacos, alemanes, ingleses, etc., en un empeño loable por establecer la verdad acerca de este síndrome por accidentes de la primera dentición. Empero, como sucede a menudo en las obras de alguna magnitud, en estos escauceos ha predominado el pesimismo de los incrédulos, quienes, no conformes con la inocencia de la duda, han hecho hincapié en destruir con sarcasmos el fruto de tantas preocupaciones nobles y serenas que no llevan otro fin que el de servir a la humanidad doliente. Y estas aberraciones han llegado hasta nuestros días en forma de artículos humorísticos en la prensa diaria y revistas literarias, humorismo que más parece una genuflexión displicente que no un alarde de buen sentido y mejor gusto, pues se ha intentado hacer creer que las dolencias que aquejan al niño en el lapso en que aparece la primera dentición y las ideas que privan en la intuición doméstica al respecto en nuestros pueblos son simplemente *un absurdo* y no un estado patológico que resista bien el análisis clínico y los embates de la razón.

El escepticismo triunfó en parte, pues los autores de obras didácticas o de consulta apenas si acogieron con frialdad estas afecciones, citadas muy estrechamente en una que otra obra de Patología y Terapéutica, en forma tan somera que casi pasó inadvertida. Sin embargo, en lo que va del presente siglo algo se ha ganado ya con

las divulgaciones científicas que a menudo aparecen en la prensa odontológica de asociaciones gremiales que luchan con fe apostólica por contribuir en el esclarecimiento de muchos problemas que, como el de la mortalidad infantil, incumbe tanto a médicos y dentistas como a entidades oficiales de salubridad pública. Hoy día podemos decir con satisfacción que una parte considerable del elemento médico va catalogando entre sus especiencias este ciclo morboso en el niño, cuya responsabilidad recae, en fuerza de la evidencia, sobre el proceso eruptivo de la primera dentición.

P a t o g e n i a

Como en toda afección morbosa, los trastornos que ocasiona la salida de los dientes deciduos en el niño revisten más o menos intensidad, según su idiosincrasia. El trabajo desarrollado durante el proceso de desenvolvimiento del embrión dentario parece efectuarse por períodos lancinantes, con intervalos de uno a tres meses, que podríamos llamar “etapas de crecimiento del bulbo dentario intra-óseo”, por más que esta denominación sólo sea para designar las crisis culminantes que periódicamente interfieren la salud de las criaturas; y este trabajo es tanto más lento cuanto más resistentes sean los tejidos alveolares adyacentes, cuya tenacidad se opone a la fuerza desplazadora del embrión. Naturalmente, si esta energía innata del bulbo está respaldada por otra energía mucho más amplia, como la de una buena constitución física normal en el infante, las complicaciones resultantes de aquel trabajo son de pronóstico un tanto benigno.

Complicaciones.—Desde los tres meses hasta los dos años de edad, poco más o menos, el niño está sujeto a una serie de alteraciones orgánicas que empiezan por comprometer ostensiblemente el *sistema maestro*, como se le ha llamado al sistema nervioso central, baluarte defensivo que una vez minado tendrá que fallar en la regulación del funcionamiento del organismo cuya dirección le está encomendada. Sobre este particular hay que tener presente que este sistema, en el niño de pecho, está en vías de desarrollo: probablemente las conexiones de los cilindro-ejes y las dendritas de la neurona—elementos esencialísimos en la estructura histológica de los nervios—son rudimentaria todavía; y las corrientes sensoriales y motoras (centrípetas y centrífugas) establecidas en la red del sistema

se verifican de una manera irregular, por interrupciones en las vías conductoras, razón por la cual se altera constantemente el equilibrio armónico que normalmente existe entre los diferentes órganos de la economía y la estación central (el encéfalo). Estas intermitencias de las corrientes nos explicarían la condición propia en el niño de no poder controlar ordenadamente todas las expresiones sujetas a la voluntad. Podemos traer a cuentas aquí el sabio paralelo establecido por los neurólogos entre el sistema nervioso y la red telegráfica que une varias estaciones de línea con su central: interrumpido el circuito en cualesquiera de ellas, las restantes quedan aisladas temporalmente.

Otro tanto ha de acontecer también con el gran simpático o sistema nervioso involuntario (Gaskell y Claude), coadyuvante del sistema nervioso de relación, con el cual está en contacto por ramúnculas parasimpáticas (sistema autónomo) que se le anastomosan para formar una red suplementaria, que en el niño de pocos meses responde escasamente por no haber alcanzado todavía su desarrollo completo.

En cuanto al sistema linfático, depurador de humores y plasmas y eliminador de toxinas y detritos del organismo, no es aventurado anotar su deficiencia en estos estados patológicos de la primera infancia, pues aun siendo una de las defensas más importantes de la economía, se ve enrolado en las complicaciones reflejas que se atribuyen a la primera dentición.

Es así que, en lo general, podemos decir que morfológicamente los órganos y sistemas en el niño normal se encuentran completos, excepto el sistema dentario; no así en cuanto a su estructura íntima y su fisiología, complejo que necesita más tiempo y un entrenamiento progresivo y eficaz para alcanzar la natural eficiencia de la edad adulta. Sólo esta condición particular, de incompleto desarrollo de los sistemas vitales en el niño, puede considerarse ya como una enfermedad. Además, se ha demostrado que, exceptuando la célula misma, ningún tejido, ningún órgano, sistema ni aparato de la economía animal goza de la amplitud de acción del que, por su naturaleza, dispone el sistema nervioso, y su influencia patológica es decisiva en el engranaje funcional de esta maravillosa máquina humana que da vida, forma y perpetuidad a la especie. Rota, pues, la integridad anatomo-fisiológica del sistema directriz, es ineludible el des-

equilibrio en la economía por debilitamiento de las defensas naturales.

En el caso que nos ocupa, los cambios sensibles que sufre el niño en su estado general son la resultante de interferencia de la red nerviosa, interferencias que, a nuestro modo de ver, tienen su origen en las fibras terminales de los nervios dentarios, los que en sus troncos emisores, en su trayecto, probablemente entran en contacto directo con arborizaciones de conexión de fibras procedentes de otros nervios, que a su vez vienen de órganos distintos, dando lugar a un extenso campo de inducción, por decirlo así, en las trabéculas que inervan las zonas orbitarias, nasal, timpánica, de la garganta, amígdalas, etc., y de una manera refleja estas interferencias se extienden hasta los dominios toraco-abdominales, como sucedería en una gran red eléctrica con infinidad de ramales, en donde las fallas intermedias se advierten hasta en los extremos más apartados. Comprendemos que esta creencia es bastante aventurada, por cuanto la sabia Naturaleza ha provisto a la fibrilla nerviosa de una vaina protector para evitar las confusiones, al igual que en los cables de alta tensión; pero... contemplamos aquí el caso de sistemas de desarrollo incipiente, y ello nos inclina a considerar las deficiencias estructurales y fisiológicas como causas de tales desórdenes.

Henri Claude, en su "Patología interna", al tratar de los trastornos del sistema endocrino-simpático, en el capítulo referente a la patología del sistema nervioso involuntario, expresa que "no existe propiamente una sensibilidad visceral dolorosa sino en estados anormales, que se traducen por *distensión, compresión, irritación*, etc., cuyas excitaciones son más fuertes que aquellas que constituyen el régimen normal, lo mismo que en las condiciones de irritabilidad especial del sujeto". Nos valdremos de esta teoría para explicarnos, por similitud, el caso de los accidentes locales de la primera dentición. En efecto: la fuerza desplazadora que ejerce el bulbo dentario intraóseo en su proceso de desarrollo va comprimiendo, al principio, el tejido óseo para ensanchar el hueso en que se aloja, tanto hacia el macizo del maxilar como al reborde alveolar, ganando después los tejidos blandos submucosos de menor resistencia, pero más sensibles al tacto. El rudimento radicular, en su elongación, se ve precisado a ejercer presión traumática sobre el plexo neuro-vascular apical, provocando una irritación constante, que no desaparece hasta que la raíz del diente cillo ha alcanzado su máximo desarrollo.

En cuanto a las excitaciones reflejas o fenómenos a distancia, creemos que las neuritis—esencialmente las neuritis traumáticas de carácter ascendente—juegan un papel preponderante en los accidentes de la dentición, no sólo en la hiperestesia de las zonas del cuello, cráneo y cara, sino que también en las alteraciones internas que interesan el estado general del niño; en nuestro apoyo nos valdremos, siquiera escuetamente, de las investigaciones de algunos neurologistas, que pueden ser la clave de este síndrome tan poco definido. Según Dumesnil, existen neuritis de causa interna en ciertas enfermedades; Charcot ha observado neuritis parenquimatosas que afectan elementos esenciales del nervio, y, por su parte, Joffroy, Lancereau y otros hacen notar la impotencia anatomo-clínica, y la frecuencia de tales neuritis parenquimatosas, reforzando así los estudios del neurólogo, afirma que “muchas de las neuritis graves se traducen por lesiones absolutamente microscópicas”.

Esto nos inclina a suponer que la presión traumática local, a que nos hemos referido antes, significa una irritación prolongada que degenera en neuritis ascendente por destrucción parcial de tejido nervioso o, cuando menos, por una lesión microscópica de la neurona o su telodendrio, etc.

Por lo demás, en esta fase preliminar el plexo es más voluminoso que de ordinario; el fascículo que forma el nervio dentario contribuye en la constitución del nervio maxilar correspondiente, el que a su vez es rama del trigémino; estos nervios reciben en su trayecto anastomosis fibrilares de otros nervios craneanos que corresponden a otros órganos de la cara y cuello. De manera que aquella irritación local, traducida en sensibilidad subjetiva, es transmitida a los órganos de la cara y zonas circunvecinas, afectando tejidos conjuntivo, muscular, de sostensión, glandulares, etc., gracias a esa trama complicadísima del sistema sensorial, que se insinúa tan profusamente por todas las reconditeces del cuerpo humano, desde donde emite las señales de alarma al receptáculo supremo (el cerebro), el que a su vez pone en juego todos los medios de defensa de que dispone para contrarrestar el ataque. En el niño, particularmente en el niño de pecho, esta defensa orgánica subconsciente está limitada al mínimo; en cambio, su susceptibilidad es máxima, de donde se infiere lógicamente que si en el adulto se ha demostrado que una simple cordal impactada provoca fenómenos locales y generales, con mucha más razón la evolución precaria de la dentición en el infante tendrá con-

secuencias funestas no sólo en las zonas del cuello, cráneo y cara, sino que también en los fenómenos a distancia que invaden las regiones internas del tórax y el abdomen. Estas alteraciones se pueden catalogar entre las afecciones de origen nervioso; las irradiaciones repercuten como una resonancia, ya que no como entidad específica, lo que no es óbice para que se prepare el terreno a una irrupción microbiana.

Por otra parte, las glándulas de secreción interna están en relación recíproca con el sistema nervioso simpático, el que a su vez emite prolongaciones eferentes a los ramales del sistema central, de donde suponemos que una interferencia cualquiera en estos sistemas afectará por simpatía a dichas glándulas, que de ordinario norman el equilibrio metabólico del organismo.

En resumen, podemos decir que toda alteración de los sistemas nerviosos central e involuntario trae como consecuencia inmediata irregularidades en el funcionamiento del régimen visceral y hormonal, y por ende los desórdenes digestivos, circulatorios, linfáticos, etc., que es lo que probablemente sucede en este estado particular de extrema susceptibilidad en el niño bajo el imperio de los accidentes Ranveir, quien al precisar la estructura histológica de los nervios de la primera dentición, debilitados los sistemas de defensa orgánica, la invasión será drástica y la lucha desigual si no se cuenta con la defensa exógena para equilibrar las fuerzas.

Sintomatología.—Los síntomas revisten caracteres locales y generales. En los primeros se distinguen dos fases: de iniciación y definidos.

En sus primeras manifestaciones los síntomas locales se reducen a una simple salivación anormal, que el niño soporta desde los tres a los cinco meses de edad; prurito atenuado de la mucosa alveolar y ligeras perturbaciones nerviosas que pasan inadvertidas a causa del automatismo desordenado del niño que empieza a hacer uso de sus facultades. Estas perturbaciones se tornan cada vez más intensas a medida que los odontomas embrionarios van creciendo, al igual que en una neoformación interna; en esta primera fase hay ausencia de dolor.

A partir del cuarto o quinto mes (esto es variable) la salivación es más abundante y continua, y la sensación pruriginosa del reborde gingival se vuelve desesperante, y entonces el niño ya no se conforma con llevarse las manos en puño y las ropas a la boca, sino que trata

de hacer uso de objetos duros: juguetes, cucharillas, etc., para morderlos, a veces, con tal violencia que se lastima los capuchones gingivales, provocando sensaciones dolorosas que lo hacen llorar. Cuando el segmento coronario ha logrado franquear los tejidos duros se forman las eminencias mamelonadas que corresponden a cada diente en la encía, la que generalmente se inflama y enrojece; aparecen luego fenómenos de vecindad en la cavidad oral: infartamiento de ganglios y glándulas submaxilares, irritación y laceración de los tejidos de inserción de la base de la lengua y piso de la boca, y el ptialismo exacerbado de rigor en estos casos. Si el niño es de temperamento francamente nervioso, o si en él predomina la susceptibilidad sensorial, los síntomas locales van ganando terreno hacia los órganos de los sentidos, con caracteres claramente perceptibles: cambios papilares y embotamiento de la gustación, otalgias periódicas más o menos prolongadas y fenómenos auditivos, alteraciones ópticas y orbitarias que se traducen por enrojecimiento del globo ocular, inflamación de los párpados y conjuntiva, pesantez palpebral, sobreactividad lacrimógena y una fotofobia de carácter bilateral. Son muy frecuentes los catarros nasales, llamados nerviosos, que degeneran en verdaderos resfriados por congestión de las mucosas de las vías respiratorias; hay sensación de picor en la mucosa nasal, en donde las capas de revestimiento de los cornetes se inflaman y hace que éstos aumenten de volumen, obstruyendo el pase franco del aire y entorpeciendo así la respiración libre, que se vuelve difícil y penosa para el niño. No es raro encontrar hiperestesias en las zonas pericraneanas, con más frecuencia en las áreas mastoideana y temporal de ambos lados, lo mismo que rubicundez facial.

Este conjunto de alteraciones de carácter regional torna difícil el acto de alimentar a la criatura, debido a la hipersensibilidad alveolar y contornos bucales que, al simple contacto del pezón materno o del biberón, produce sensaciones dolorosas, todo lo cual constituye el prefacio de las irregularidades que se observan en la fisiología digestiva y visceral del pequeño paciente.

Por lo que hace a los síntomas de carácter general, el complejo es más delicado. Aun en los niños de lactancia natural esmerada, su aspecto es de tristeza, muy impresionables y se notan crisis de extrema excitabilidad nerviosa; lloran con insistencia, aparentemente sin causa; son irritables y de mal carácter en vigilia y no hay medio de distraerlos; el sueño es interrumpido por movimientos bruscos,

convulsivos, y tienen a menudo alucinaciones nocturnas. Luego se advierten trastornos digestivos, que se anuncian por simples anorexias e intolerancias gástricas, que degeneran en verdadera repulsión por la leche, que es el régimen estándar en la alimentación de todo niño de pocos meses; aparecen en seguida desórdenes gastro-intestinales: timpanismo, hiperacidez, las *diarreas verdes*, casi endémicas en el mundo infantil en el período de lactancia, acompañadas frecuentemente de dolores irradiados del endo al epigastrio. En estos casos algunos médicos atribuyen estos trastornos a la ingestión de cuerpos extraños o de alimentos duros, impropios del régimen dietético del niño, que, invulnerables a la acción digestiva, se pegan a las paredes del estómago y del intestino, con la consiguiente secuela de gastro-enteritis aguda sospechada por las cámaras cargadas de mucosidades y a veces sanguinolentas. Realmente eso es lo que sucede; sólo que en nuestro caso típico el cuerpo extraño se forma en la luz del propio tubo digestivo por su misma *deficiencia fisiológica accidental*, pues las investigaciones macroscópicas posteriores a los síntomas demuestran que la digestión de la leche ha sido incompleta, formándose nódulos duros y compactos, más o menos grandes, que obran como irritantes de las paredes gastro-intestinales, provocando esfacelaciones, pequeñas hemorragias y las consiguientes gastralgias. En cuanto al exceso de mucosidades, ya hemos visto que en los accidentes de la dentición el niño sufre con frecuencia reflejos nasales, laríngeos y bronquiales, y como a su edad no puede expeler los exudados, irremisiblemente los traga, acumulándolos en la vía digestiva. Estos desórdenes digestivos van precedidos por la disfunción de las glándulas gastro-intestinales, del hígado, del páncreas, etc., debido a la influencia que ejercen sobre ellas perturbaciones del sistema nervioso, del cual dependen en gran parte.

Como una repercusión aparecen también fenómenos dérmicos: erupciones cutáneas, fuegos de dentición, eczemas (Esteoule y Dauzier), lo mismo que zonas pseudo-herpéticas y pseudo-sarampionosas, con más frecuencia en el cuello y cara, y raras veces en los miembros y en el tórax. En estos casos son frecuentes las adenopatías y los estados febriles, que empeoran la situación del estado general, que sólo pueden atenuarse mediante un tratamiento bien orientado y un régimen dietético escrupulosamente discernido.

Tratamiento.—Según los síntomas, el tratamiento será local y general.

El tratamiento local es bastante limitado, cuyo primer paso se reduce a controlar el estado profiláctico de la cavidad oral; contrarrestar el ptialismo lavando la boca con algodones o tela blanca y suave, previamente esterilizada, embebidos en agua clorurada o solución de alumbre, lo que ayuda, al mismo tiempo, a remover las capas de sarro que se forman en la lengua del lactante; para amortiguar el prurito gingival es recomendable la refrigeración de la encía con trocitos de hielo cortados en forma adecuada para que una mano experta friccione la mucosa con suavidad. También los llamados "jarabes de dentición" son de gran recurso cuando se aplican atinadamente, ya que se preparan a base de anestésicos; la fórmula siguiente nos da resultados satisfactorios: estovaina, 0,10 centigramos; tintura de azafrán, 10 gotas, y jarabe simple, 10 gramos (Dauzier). Para las aplicaciones es preferible hacer uso de gasa estéril arrollada al índice y llevando el jarabe en pequeñas cantidades para ejercer ligera fricción, a manera de masaje, en la encía; con tres o cuatro aplicaciones diarias es suficiente para calmar la molestia.

Las madres cuidadosas, a poco que se les instruya en estos sencillos detalles, resultan prácticamente las mejores colaboradoras del pediatra; en cambio, las madres impreparadas—que son la mayor parte—se convierten inconscientemente en el azote de sus propios niños, pues a menudo los hacen ingerir sustancias nocivas, los sobrealimentan para calmarlos el llanto y les dan juguetes o entretenedores sucios, huesos de pollo..., cualquier cosa para que muerdan y no molesten.

La práctica de abrir quirúrgicamente el reborde gingival, por evolución tardía de los dientes, ha sido proscrita casi por completo, debido a que la brecha se convierte en puerta de entrada, cuya asepsia es imposible mantener en el niño; y luego porque, aparte de ser inoficiosa, resulta materialmente perjudicial para el pequeño paciente por la incomodidad local inevitable. Es mejor dejar que la naturaleza obre en este particular por sí sola y enderezar las atenciones terapéuticas por otro camino, que, en lo general, será lo más indicado y de efectos inmediatos más importantes.

Tratamiento general.—El tratamiento general, como se sobrentiende, es ya del resorte de la medicina general y no de nuestra especialidad, aunque, dicho sea de paso, no se le pueden precisar límites

claramente definidos cuando se trata de cooperar en tales situaciones, siempre que nuestro esfuerzo signifique un compás de espera favorable. Es cierto que en los niños de pecho todo tratamiento medicamentoso de carácter interno debe ser reservado y prudente; pero también es inhumano permanecer indiferente en presencia del cuadro sintomático de tanta trascendencia como el que se observa en los niños en las crisis eruptivas de la primera dentición. Ante todo conviene atender el sistema nervioso, que es el primero en dar la voz de alarma. Desde los cuatro a los seis meses de edad, el niño tolera bien las infusiones sedantes, como la de hojas de naranjo agrio y la de lechuga, previamente azucaradas, para administrarse por cucharaditas cuatro veces al día, lo mismo que en baños templados; el jarabe de cloral a tit. med., diluido en pequeñas cantidades de agua hervida; las pociones a base de bromuro de sodio al 1 por 100, todo a dosis iniciales de cinco gotas cada cuatro horas, las que pueden aumentarse progresivamente siempre que se controlen bien los efectos calmantes deseados. En las crisis agudas más intensas es necesario acudir a los calmantes más enérgicos y mejor conocidos en el comercio, como las Luminaletas, a dosis fraccionadas; el Gardenal, en comprimidos de un centigramo, presentados especialmente para niños, es un excelente recurso, administrado en los momentos culminantes y por las noches en casos de insomnio o sueño demasiado irregular. Sin embargo, y a pesar de la indicación "Para niños", conviene empezar con una cuarta parte del comprimido disuelto en unos dos o tres centímetros cúbicos de agua hervida, a la que se le agregan unas gotas de jarabe simple o miel de abejas, que es mejor aún como vehículo y por sus cualidades dietéticas. Personalmente no hemos encontrado efectos secundarios en los casos observados en esta forma; antes bien, nos hemos convencido de lo mucho que se logra en la restauración parcial del estado general del pequeño paciente, pues se le proporciona descanso y una tregua necesaria para resistir con nuevas energías las complicaciones de mayor alcance que amenazan su integridad.

Cuando los desórdenes digestivos comienzan a manifestarse es prudente suspender temporalmente el régimen lácteo artificial e instituir la llamada "dieta hídrica", exceptuando en este caso los jugos de fruta ácida; esto ayuda a contrabalancear la hiperclorhidria y disminuye el trabajo gastro-intestinal. Como dieta informal o intermedia son recomendables los cocimientos de cebada fresca y los prepa-

rados farmacéuticos a base de extractos de cereales, como el Ceregumil o la Cereolecitina, que los niños toman sin dificultad por su sabor agradable. Desde luego en niños de lactancia materna la suspensión absoluta es más difícil; pero se deben disminuir hasta donde sea posible las mamadas, aunque ha prevalecido entre los señores médicos la idea de fijar invariablemente la cantidad y las horas de comida en los lactantes. En este sentido me parece que no debería imperar el radicalismo absoluto, en casos excepcionales como el presente, ya que la experiencia está de acuerdo con el conocido principio fisiológico de que "el hambre es el mejor estimulante de la digestión". Sin embargo, estos cambios en el régimen dietético ordinario no deben excederse más allá de los tres o cuatro días, mientras pasa la crisis, volviendo después o la leche diluída, adicionada de pequeñas cantidades de agua de cal, o bien agregándole Lacteol proporcionalmente a la ración. Si hay embarazo gástrico y dolores espasmódicos, es oportuno el Laxol o cualquier otro laxante suave, administrado proporcionalmente a la edad; lo mismo que los lavados rectales con agua fría previamente hervida y jabonosa si hay elevación de temperatura, con lo cual se consigue expulsar todo secuestro endurecido que pueda irritar las paredes del tubo digestivo. En la anorexia demasiado prolongada conviene estimular el apetito, pudiendo emplearse sin riesgos los vinos de Dusart o Hierro-Quina-Bisleri, por gotas o pequeñas cucharaditas, según la edad, los que al mismo tiempo obran como reconstituyentes de bondad reconocida; en esta forma se evita que el niño llegue a los límites de la destrucción y la atrepsia. Cuando en estas crisis las vías respiratorias se encuentran particularmente afectadas es necesario mantener al niño en sus dormitorios bien aireados y al abrigo de las corrientes bruscas, como es de rigor en casos delicados de naturaleza gripal.

Generalmente al segundo o tercer día de tratamiento se nota la reacción favorable del estado general, y al mismo tiempo van cediendo visiblemente todos los síntomas hasta desaparecer por completo la crisis parcial.

CONCLUSIÓN

Sin pretender "espigar en campo ajeno", hemos intentado bosquejar nuestro modesto parecer, sintetizando al mismo tiempo una pequeña norma de conducta que atañe al odontólogo de hoy, como

colaborador del médico, en presencia de este nuevo y viejo problema (válgaseme la paradoja) de los accidentes secundarios de la primera dentición. No es una pretensión completamente infundada: es, sencillamente, el clamor honrado que pide a quienes respalda la capacidad un estudio intenso y fecundo para desentrañar el último eslabón de la cadena de disturbios generales, perdido en este maremágnum patológico que aparece en el niño precisamente en el período eruptivo de la dentición temporal. El campo de referencia está siempre virgen y dispuesto a las concentraciones investigadoras del médico especializado en enfermedades de niños, de esa falange numerosa de pequeños pacientes cuya desgracia mayor consiste en no poder decir "me duele aquí", ya que el dolor es el signo patognómico por excelencia en la mayor parte de las alteraciones internas y externas del organismo humano.

Desde luego, en este nuestro humilde trabajo hemos descartado al niño tarado de sífilis y de bacilosis, congénitas o adquiridas, de paludismo, etc., y nos hemos concretado a tomar como base al niño de tipo normal, bien constituido y bajo un régimen general de acuerdo con las indicaciones médicas. En las taras específicas son fácilmente explicables los frecuentes quebrantos de las criaturas; pero el tipo estrictamente *normal*, esos quebrantos no pueden atribuirse más que a una causa que hasta hace poco había pasado indiferente al ojo clínico de muchos médicos observadores, ya porque comúnmente hay más urgencia en hacer desaparecer los síntomas generales, o bien porque a veces, localmente, éstos no se presentan perfectamente definidos para poder sospechar el principio de la aberración nerviosa. Podemos decir que de cada diez niños de pecho, uno se ve libre de estos cambios periódicos inopinados, tan amenazadores como inevitables, pero dignos de toda atención.

Se ha dicho y escrito mucho en todos los tonos—y no precisamente por profanos—que los dientes *no son la causa* de los fenómenos digestivos, artríticos, glandulares, etc., que perturban la estabilidad del niño de pocos meses. Realmente no son la *causa determinante* de estas enfermedades y muchas otras que, como la meningitis, la neumonía fulminante, la tos ferina, el crup, etc., son tan frecuentes como fatales en este lapso crítico; pero en dichas apreciaciones se hace caso omiso de las *causas predisponentes*, que son la antesala misma de la mayor parte de las enfermedades conocidas; este es el punto de apoyo sobre que descansa la débil palanca de

nuestro ensayo. Creemos, muy de buena fe, que el trabajo desarrollado por los embriones dentarios en su crecimiento afectan directamente los tejidos circunvecinos (síntomas locales de causa determinante de poca importancia), al mismo tiempo que comprimen e irritan los cabos terminales de los nervios dentarios, dando por resultado las alteraciones del sistema nervioso por causas, también determinantes, más trascendentales. Estas alteraciones del sistema nervioso influyen en gran manera sobre los otros órganos y aparatos que rigen en toda la economía, provocando un descontrol absoluto en su fisiología por causas indirectas, descontrol que, a poco que se prolongue, no puede dar otro resultado que el debilitamiento general de las defensas; el campo en esta situación está abierto ampliamente a las invasiones microbianas por predisposiciones orgánicas previas al ataque. Las causas, pues, en este caso particular son indirectas, es decir, *predisponentes*, y sus efectos se manifestarán indistintamente en cualquier tejido, órgano o aparato cuya susceptibilidad ocasional sea mayor.

Nuestro criterio imponderable, pero honrado y leal, es que la mayor parte de ese trágico saldo de *mortalidad infantil* está ligado estrechamente a los accidentes de la primera dentición como causas *predisponentes* de consecuencias desastrosas, principalmente entre los niños del pueblo, que es el sector más azotado por las inclemencias de una dieta desorientada, que trae aparejada un coeficiente biológico de baja resistencia.

La comprobación definitiva de tales accidentes secundarios podría obtenerse mediante una investigación minuciosa en orfanatos, hospitales, salas-cunas o centros similares especiales en donde fuese posible una observación escrupulosa y detallada de los niños desde su nacimiento hasta los veintiocho meses, más o menos, que comprende el período más precario de las criaturas. ("Rev. Dent.", El Salvador. Per. "Od. Inf.", Hbana., 40, 1948.)