

rece como si los tejidos se hubieran adaptado a la placa, en vez de ser la dentadura artificial la que se debe adaptar a los tejidos.

Cabe recordar que la naturaleza no hizo ninguna previsión referente a la restauración de los dientes perdidos, de manera que cuando el dentista restaura los dientes perdidos, hasta cierto punto está violando las leyes naturales.

Lo menos que el dentista debe hacer es dirigir todos sus esfuerzos para dejar los tejidos orales en un estado natural y funcional.

Hay que establecer que la capacidad de los tejidos distorsionados para volver a su posición y forma normal dependerá de la edad y la salud del paciente, como también del desarrollo general de su musculatura. Personas cuyos músculos son activos y fuertes, a menudo pueden dislocar las dentaduras mejor hechas y ajustadas; en cambio, las personas de edad o que tengan músculos flojos y débiles tolerarán considerable presión sobre los músculos antes de desplazar aún una placa mal ajustada.

Dr. Félix Sanfuentes S. Smith

I IMPRONTAS

ODONTIATRIA

Impresiones totales con hidrocoloides, por el Dr. ELMER E. HACHMAN, "J. A. D. A.", III, 1948, per "Rev. D. Chle."

Considera el Dr. Hachman que los hidrocoloides constituyen una nueva piedra milenaria en lo que se refiere a los materiales y técnicas de impresiones. Dado que el objeto que se desea obtener en una impresión dental es la reproducción exacta de la parte que va a ser cubierta con la dentadura artificial, debe poseer un detalle minucioso de los límites funcionales y del contorno general del área que la placa ocupará. Para cumplir con estos requisitos, el material de impresión debe poseer suficiente facultad de fluir para copiar los más mínimos detalles y al mismo tiempo endurecerse lo suficientemente lento para permitir a los tejidos asumir una posición normal.

Adaptabilidad.—Sin necesidad de decirlo, estas cualidades las poseen muy pocos de los materiales de impresiones que se usan hoy día. Sin embargo, tales cualidades las tienen en un alto grado tanto el agar-agar como los hidrocoloides alginados. Parece casi increíble que estos materiales, en los cuales se confía plenamente para confeccionar difíciles dentaduras parciales, puentes removibles y placas esqueléticas de ajustes exactos, no hayan sido ensayados casi por el grueso de la profesión dental como materiales para tomar impresiones totales.

Dice el Dr. Hachman que en los últimos tres años, más de 90 por 100

de las impresiones totales tomadas en su clínica han sido con hidrocoloides, especialmente con los alginados. Al principio lo hizo en calidad de experimento y sólo en casos en que se prevían resultados desfavorables. Sin embargo, en muchos de estos casos los resultados superaron todas las expectativas, lo que indujo a algunos dentistas a rehacer un cierto número de impresiones que habían fallado con otros materiales y métodos. Ellos obtuvieron bastante éxito también.

Antes de volverse sobreentusiasta con estos materiales, que sirven simplemente como un medio para alcanzar un fin, debe dejarse establecido que las técnicas y los materiales deben complementarse si se quiere alcanzar éxito. No pretende ni sugiere que la técnica empleada por el autor sea la única que dé resultados satisfactorios. El éxito lo atribuye a la adaptabilidad de estos nuevos materiales en relación a los tejidos de la boca.

Compresión de los tejidos.—Hay que dejar claramente establecido que el empleo de los materiales hidrocoloides en las técnicas para tomar impresiones totales es diametralmente opuesto a todas las técnicas que se basan en la compresión de los tejidos. Los hidrocoloides no permiten ni distorsión ni compresión de los tejidos. Analizando la idea de compresión de los tejidos, se verá que los que creen en la aplicación de presión intentan justificarla señalando el valor de la generalmente aceptada práctica del rebalse palatino posterior o "post-damming". Sin embargo, la aplicación de presión a los tejidos del paladar blando, después que su

verdadera forma y posición han sido registrados correctamente en la impresión, es un procedimiento completamente diferente. Aunque una completa ausencia de presión en la toma de la impresión es deseable, no es posible, y desde este punto de vista toda impresión será algo defectuosa. No hay dos pacientes que toleren exactamente el mismo grado de presión, a causa de la variable constitución de los tejidos. Esto es aceptado como axiomático, porque no hay dos personas exactamente iguales en cada detalle. Por tanto, la presión más allá del inevitable minimum debe ser considerada como indeseable.

Si el operador cree que la presión es útil, ¿qué seguridad hay de que los delicados tejidos adyacentes no sufrirán un daño irreparable?

¿Es acaso una buena técnica comprimir o distorsionar los tejidos al tomar la impresión y luego hacer el "alivio" de ciertas áreas raspando o añadiendo al molde, con el fin de prevenir alteraciones funcionales y extagnaciones circulatorias?

Distorsión.—El comportamiento de los tejidos blandos cuando se les presiona es semejante a la de una delgada bolita de goma llena de aire o de agua. Esto es, si se hace presión en un punto causando una depresión, un cambio de forma equivalente ocurrirá en otra parte de la bolita, y se tiene como resultado la distorsión de dos o más áreas, la una comprimida y la otra distendida.

En placas confeccionadas en impresiones tomadas de esta manera pa-

Es entonces cuando los microorganismos saprófitos de la cavidad bucal—los fusospirilos a la cabeza—, acuden hacia aquellas lesiones inflamatorias, fijándose sobre las zonas anteriormente atacadas por la infección de origen hematógeno, las cuales constituyen un medio favorable para su proliferación.

La *gingivitis*, con su cortejo sintomático más arriba descrito, ha llegado a su período de estado.

Habiendo expuesto en toda su objetividad el resultado de todas nuestras observaciones e investigaciones, nos abstendremos de formular conclusiones definitivas.

Sin embargo, instigados por la fiel repetición de los hechos mencionados y por el predominio de una flora de características morfológicas netamente intestinales, por una parte, y por la ausencia del estreptococo ordinariamente señalado por los autores como el agente patógeno, por otra, creemos encontrarnos en condiciones de emitir la hipótesis de que el origen de los casos patológicos que nos ha sido dable estudiar debe atribuirse a una ruptura del equilibrio funcional del aparato gastrointestinal o a cualquier otra causa que favorezca el refuerzo de la flora intestinal y su migración por vía sanguínea hacia los tejidos gingivales.

No hemos podido establecer, pues, en forma absolutamente cierta, si debemos considerar a las infecciones estudiadas por nosotros como un hecho episódico y circunstancial, o si podríamos disponerlas en una categoría de clasificación definitiva. (Tradujo: *José F. Guilenia Oribe*.)

una inmunidad mayor que la ingestión de fluor durante el período formativo.

Posiblemente el fluor tenga acción tanto sobre los dientes que no han hecho erupción como sobre los que ya han hecho, y puede proporcionarles resistencia a la caries por intermedio de la saliva o puede tener influencia sobre la producción de ácido y la descalcificación dentaria. Es poco probable que la actividad metabólica después de la erupción dentaria pueda prevenir la caries. La prueba más evidente de que la saliva tiene poca importancia en la resistencia a la caries por el fluor es que el fluor es más efectivo para reducir la caries en los incisivos superiores, donde la influencia de la saliva es menor. Las piezas dentarias con un alto contenido de fluor son más resistentes a la caries, porque la mayor proporción de fluor está en el esmalte.

De las experiencias comunicadas por el autor se desprende que el aumento de la resistencia a la caries se debe a una adquisición directa de fluor por la estructura dentaria, lo cual trae como resultado una disminución de su solubilidad en los ácidos. A pesar de lo evidente de la reducción de la caries por el fluor, actualmente existen dudas sobre el mecanismo causante de dicha reducción. Se supone que el agente responsable sería una fluorapatita insoluble formada por contacto directo.

La adición de fluoruros al agua potable tiene una importancia relativa por las dificultades que existen para controlar su dosificación y el posible efecto que pueda producir sobre la membrana periodontal.

Estudio sobre el origen hepatointestinal de ciertas gingivitis, por el Doctor Boisiere (Cannes), ('L'Odontologie', vol. 84, núm. 10, pág. 274, cic. de 1946.)

III

erosivas originadas por raíces no extraídas y talladas a bisel; en la constante infección gingival de los piorreicos.

En estos últimos casos, la infección, estrictamente localizada en su comienzo, se extiende a continuación poco a poco. En las gingivitis de nuestros casos, su generalización es inmediata.

Los microorganismos que nos interesan pasan, por consiguiente, directamente, sin detenerse, a la antecámara del tubo digestivo.

Como consecuencia de un trastorno pasajero del equilibrio bioquímico de las funciones del estómago, del páncreas y del hígado, aquellos elementos microbianos sólo encuentran a su paso defensas disminuidas. Llegan entonces al intestino y rápidamente proliferan en número considerable; y aprovechando una ruptura ocasional de la integridad de la barrera epitelial, penetran en el torrente circulatorio. Se dirigen hacia el tejido gingival, ya sea dejándose vehiculizar hacia el punto terminal de la circulación capilar, ya sea porque son llamados por un tropismo electivo o debido a una particular afinidad por aquel tejido.

Establecidos los microorganismos en las lengüetas gingivales, atraídos por las *tonsilas gingivales*, determinan sobre esos puntos un estado congestivo, que pronto se transforma en gingivitis.

F FLUOR

Fluor terapéutico, por el DR. ASHLEY G. HUNTER, Y. B. of D., 188, 1946, per "Rev. D. Chle."

En este trabajo el autor indica que el fluor puede usarse con toda seguridad, tanto en forma terapéutica como profiláctica, para la caries dentaria.

Los estudios epidemiológicos demuestran que una concentración de fluor en el agua potable, más baja que aquella que produce esmalte ve-teado, es suficiente para reducir la frecuencia de la caries y que existe una relación inversa entre el contenido en fluor del agua potable y la frecuencia de la caries dentaria. Los niños de aquellas regiones cuyo agua potable tiene una parte por millón de fluor presentan un tercio a la mitad de las caries que los niños habitantes de regiones donde el contenido de fluor baja a 0,5 parte por millón. La reducción de la caries es más notable en los dientes anteriores, que están en más libre contacto que los molares con el agua contenedora de fluor. Cuando existe un alto contenido de fluor y se observa una baja frecuencia de caries, el contenido en calcio y fósforo de la tierra es también alto.

Lo análisis demuestran que las piezas dentarias resistentes a la caries tienen un mayor contenido de fluor que las piezas susceptibles a la caries, y la experimentación animal ha demostrado que el fluor es el agente causante de esta reducción en la frecuencia de la caries. La aplicación tópica de fluor inmediatamente después de la erupción produce