

ODONTOLOGIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

Dirección: Miguel Sáenz de Pipaon y Tejada, D. D. S.
de la Asociación de Prensa Médica Española



VOL. XIX

MADRID-1967

NUM. 225 (9)

LA FLORA MICROBIANA

Navarro Sala estudió en nuestras páginas (1945, 1946) la microbiología de la boca en la que las formas saprofíticas de la flora bucal del recién nacido habían de ser comparadas con la flora vaginal de la madre.

Las condiciones de equilibrio son las que impiden la acción desencadenante de la virulencia bacteriana sobre los extractos hemáticos, la mucina, etc., que, en otro caso, da ocasión a la gestación de procesos infecciosos con predominio de una flora más o menos específica.

En la flora microbiana bucal anida una sorprendente variedad de gérmenes gram positivos y gram negativos, cocos hemolíticos, etc. Bowen (1963) ha estudiado la flora bucal en el mono (*Macaca irus*) —tan parecida a la del hombre—, hallando el estreptococo, lactobacilo, candida, etc. y entre los anaerobios, fusobacterias, veillonelas, espiroquetas, etc. En un estudio posterior (1965) McCarthy y colaboradores hallaron, en nacidos de ocho y doce meses, estreptococos, estafilococos, veillonelas, niseria; y en la mitad de los casos actinomicetes, fusobacterias, leptotrix buccalis, coliformes, etc.

Schwartzman, citado por Rosebury (1966), consiguió una reacción febril tras una inyección intramucosa de endotoxina de veillonela oral, toxicidad ya puesta de manifiesto en el conejo (Rizzo, Mergenhagen, 1964). Entre nosotros, Lafora (citado por Navarro Sala, 1946) refiere el caso de inoculación de su propia saliva en el tejido celular subcutáneo, seguido de septicemia mortal.

Mergenhagen (1965) ha informado que uno de los dos tipos de veillonelas (el *V. parvula*) da lugar a dos liposacáridos, uno de los cuales ofrece actividad tóxica. Otro polisacárido, también tóxico, fue obtenido del leptotrichia buccalis, gram negativo, por McCarthy y Lynder (1963).

De los lactobacilos, el *L. casei rhamnosus*, resultó patógeno para el ratón (Sims, 1964) y de los actinomicetes, el *L. israeli* (Blake, 1964) resultó sensible a la penicilina, tetraciclina y eritromicina. Loeche y colaboradores (1964) hallaron nuevas especies de bacteroides orales, separadas por pruebas bioquímicas. Y Hardy (1964), Socransky y colaboradores (1964), Listgarten (1964) y otros, estudiaron los filamentos

de espiroquetas (*treponema microdentium*, *macrodentium*, *mucosum*, espiroqueta *Vicenti*, etc.). Del candida *albicans* ya nos hemos referido en varias ocasiones, añadamos ahora que Kutscher y colb. (1964) han tratado con éxito estas infecciones con anfotericina B, infecciones fatales en ocasiones, como la registrada por Reder y Lehner (1964) en Australia e Inglaterra, consecuentes a extracciones dentarias.

Protozoos orales han sido estudiados por Wartland y colb. (1963) sin poder asociarlos con los hallados en la vagina.

Es, pues, tan amplio el espectro bacteriano oral que fuerza ordenarlo en cada cuadro clínico. Vamos, pues, a limitarnos al: 1) proceso endóxico, y 2) a la enfermedad parodontal.

1) Hablando del diente con pulpa afecta, recordemos el estudio de Cameron (1927), según el cual en el 4 por 100 de los dientes vivos pululaban diez o más colonias bacterianas, mientras que en los dientes con pulpa afecta y depulpados era del orden del 60 y 50 por 100, respectivamente.

Sholvelton y Sideway (1960) encontraron en los cultivos positivos un 22 por 100 de anaerobios únicamente; un 32 por 100 de aerobios, y un 45 por 100 de ambos conjuntamente. Los organismos más frecuentemente aislados fueron el estreptococo hemolítico, tipo alfa y gamma, y el anaerobio. Sin embargo, Hobson (1959) no lo encontró.

De todas formas, Grossman (1960) establece la diferencia entre los dientes vivos y los depulpados, con el doble de microorganismos hallados en éstos. Zeldow e Ingle (1963) refieren que de 42 dientes —pese a su relleno de 16 con cultivos positivos— que fueron obturados sus canales radiculares, el 83,3 por 100 (35) proporcionaron éxito clínico, confirmado dos años después del tratamiento. A parecidas conclusiones llegaron Bender y colb. (1964); planteando con ello la correspondiente interrogante.

En la cámara abierta se encuentran estreptococos, especialmente del grupo viridans, estafilococos, el albus, y rara vez el aureus, micrococos tetrágenos, sarcine, etc., y microorganismos del grupo proteico y mesentérico, propios de la materia orgánica en putrefacción, posiblemente con la adición del bacilo fusiforme y espiroquetas.

Con este material se ha inoculado a un ratón, produciéndose necrosis, insitu, con septicemia.

2) Gibbons (1964) ha estudiado la microbiología en la enfermedad parodontal.

En los textos modernos, ya clásicos, se refiere un grupo de bacterias que se encuentran junto a otros, ya citados, únicamente en la boca, como el bacilo fusiforme o bacilo de Vincent; el espiroqueta (*treponema microdentium*, *macrodentium*, *mucosum*), espiroqueta *Vicenti*, algunos de los cuales corresponden a otras denominaciones, según los autores (Bulleid, 1938).

Otros tenemos como el *leptotrix buccalis*, que lo hallamos en el sarro del diente; de la amebas, el *entameba gingivalis* y *ameba limae*, en conexión con la piorrea.

Howell (1963) ha identificado un *odontomyces viscosus*, un microorganismo filamentosos, como responsable de la enfermedad parodontal en el hamster (Howell y colb., 1965).

Loe y sus colb. (1965) ha producido experimentalmente gingivitis en estudiantes, en diez o veinte días después de haberles hecho abandonar su higiene oral, hallando más de 200 especies de microorganismos, bacterias filamentosas, del tipo vibrión y espiroquetas. Inoculado subcutáneamente este material, obtenido del magma cervical (del diente sano y del afecto de necrosis ulcerativa aguda), en la encía, en ambos casos se produjo un absceso idéntico, siendo la actividad de la hialuronidasa la misma, en ambos casos (Curant y colb., 1965).

El microscopio electrónico permitió estudiar (Listgarten y Socransky, 1965) e insistir en la misma observación (Listgarten, 1965) sobre

advertido por Rosebury (1962) y confirmado ahora por Taylor Heyla penetración del espiroqueta a través de la zona necrótica, hecho ya lings (1967).

De ello se ha seguido un estudio sobre inmunidad y formación de antígenos gingivales (Brandtzaeg y Kraus, 1965 que influirían en la patogenia de la enfermedad parodontal).

Para Lehner (1966) el *b. vincenti*, el *melaninogenicus* y el *f. fusiformis*, no juegan el papel más importante en la patogenia de la gingitis ulcerativa aguda.

Esta breve referencia con la que nos place acompañar el trabajo de Flores, nuestro estimado colega chileno, ratifica el punto de vista clínico de que el tratamiento sistemático de la ulceritis gingival necrótica ha de poder reforzarse con la aplicación local de los fármacos antibacteriales, los antibióticos correspondientes a su espectro.

Stephen y sus colb. (1966) propugnan el empleo sistémico y local de penicilina en la infección de Vincent e Hillman (1956) la recomienda en forma de goma de mascar, aun cuando el riesgo de reacciones anafiloides no por ello sea menor (Alstead, 1965).

METALURGIA QUIRURGICA

Por el Dr. MANUEL TAMAMES

(Madrid)

El doctor don Manuel Tamames pronunció una conferencia sobre "Metalurgia quirúrgica". Habló de la disparidad de criterios. Dijo que la clasificación práctica de los implantes, según sea su finalidad, es: 1.º Aquéllos que son retirados una vez cumplida su misión. 2.º Los que pueden permanecer indefinidamente, a menos que aparezca un fenómeno de intolerancia, y 3.º Los que necesariamente han de permanecer.

Un implante, para que sea viable, ha de confeccionarse con las siguientes características: 1.ª Estar construido de una aleación resistente, anticorrosiva. 2.ª Aleación que resista al máximo el número de dientes sustituidos, construidas con la misma aleación, que su superficie sea "limpia" y que se adapte correctamente a la superficie ósea. 3.ª Durante su aplicación hay que evitar la erosión de su superficie, la transferencia metálica y la contaminación bacteriana; y 4.ª El implante no ha de estar sometido a fuerzas extemporáneas, aislado del exterior, y sin dificultar la irrigación de los tejidos.