

° LA PARADENTOSIS Y SU TRATAMIENTO

por el

Doctor Arthur-Jean Held

Los numerosos trabajos presentados al último Congreso de la Arpa Internacional han sido objeto de un relato substancioso (BEYELER), aparecido hace algunos meses. En el presente trabajo nos limitaremos a tratar algunas consideraciones acerca de los más importantes trabajos que han visto la luz en las diversas revistas profesionales desde el otoño de 1937.

En una publicación comentando las comunicaciones hechas al Congreso de Copenhague, PETER hace notar que esta fecha ha señalado un punto final a las investigaciones que tienden a encontrar en los trastornos generales del organismo la etiología de las paradentosis. Parece que después del año último se señala una nueva orientación en los trabajos, siguiendo la fórmula trazada por SIEGMUND: "Nuestros esfuerzos no deben dirigirse a buscar la causa de una paradentosis, sino a determinar en cada caso las condiciones que alteran el concurso de los elementos que sirven para mantener el equilibrio normal." El autor subraya igualmente la importancia de la abrasión dentaria tal como ha sido puesta en evidencia por varias comunicaciones. No obstante, el autor expone su desacuerdo con BREUER, que pretende que el rechinamiento de los dientes debería favorecer al paradentio; más para que esto no fuera seguido de consecuencias patológicas es necesario tener un paradentio sano. Por otra parte, PETER subraya la necesidad de considerar a las dentaduras como un todo y establecer con método planes de tratamiento.

WESKI ha expresado ideas concretas a favor del uso de

férulas fijas para la inmovilización de los dientes, lo que ha motivado diversas críticas, en particular de PETER y GREVE, sobre las que volveremos luego.

ácido

La cuestión del equilibrio ——— de la sangre (reserva base

alcalina) ha dado lugar a diversos trabajos, sobre todo de BADEFF y de D'AKSOY. Pretende éste que en los paradentósicos se encuentra el pH salivar aumentado, al mismo tiempo que la reserva alcalina de la sangre, cuando la paradentosis se encuentra en pleno período de evolución, es decir, de osteolisis, la cifra de la reserva alcalina alcanzaría 77,6 por 100 como medio. Las observaciones del autor se establecen sobre 187 sujetos. Cuando los dientes no presentan caries se observa alcalosis sanguínea y simultáneamente vagotonía; al contrario en los que presentan predisposición a la caries, en los que la reserva alcalina baja hasta 48 por 100 y se observa una tendencia a la simpaticotonía. El autor deduce de ello que la terapéutica local de la paradentosis no puede dar buenos resultados mientras no se haya restablecido el equilibrio ácido-base. Por consiguiente si queremos darnos cuenta de si la alveolisis está en período activo o detenida, es preciso hacer una dosificación de la reserva alcalina, lo que a la vez constituye un factor importante en el pronóstico. El autor agrega que estas consideraciones son válidas solamente para lo que él llama la "verdadera piorrea", es decir, para aquéllas que no son determinadas por causas locales. Los hechos referidos por AKSOY están en contradicción con los de diversos autores, en particular con las aseveraciones de BADEFF.

Las relaciones entre la paradentosis y la vitamina C han dado lugar a numerosos ensayos, cuyos resultados han sido presentados en su mayoría en el último Congreso de Arpa. Citaremos las conclusiones a que han llegado WACHHOLDER, HOLTZ y BIEM, éstos inspirándose en las afirmaciones de ZIMMET y DUBOIS-FERRIERE, que pretenden que en los casos de paradentosis se observa una disminución de la tasa de vitamina C, en un 50 por 100, en la saliva, han repetido las experiencias. Hacen notar lo que ya nosotros habíamos se-

ñalado en precedente comunicación, debido a que la técnica utilizada por Zimmet podría dar lugar a errores de interpretación, por razón de la oxidación de la vitamina C, que no se ha impedido durante las operaciones. Por otra parte, las cifras obtenidas son tan bajas, que son difícilmente comparables con otros índices (sean de la sangre o de la orina), que utilizamos en la dosificación de la vitamina C.

WACHHOLDER y sus colaboradores hacen notar que es necesario determinar no solamente la cantidad de vitamina C reducida, sino también la que se encuentra en forma oxidada y que ellos denominan ácido dehydro-ascórbico; es decir, que hay que dosificar el ácido ascórbico total. En razón de este principio obtienen cifras mucho más elevadas que las que habitualmente se han encontrado. Utilizan para sus dosificaciones el azul de metileno en lugar del diclorofenol-indofenol.

Resalta de las experiencias de WACHHOLDER que la parte oxidada de la vitamina C es esencialmente variable y que es tanto mayor cuanto más pequeña es la cantidad de vitamina C reducida. Si el ácido ascórbico reducido es mayor de 0,8 miligramos por 100, no se encuentra ácido dehydro-ascórbico. En la saliva, el total de los dos varía entre 0,36 y 1,54 miligramos por 100.

Estos autores han señalado, además, que la eliminación por la saliva no varía mucho, según que haya déficit o saturación del organismo. No hay tampoco paralelismo con la eliminación por la orina. El déficit de vitamina C en el organismo no disminuye sensiblemente la eliminación por la saliva. Se hace notar solamente una desaparición del ácido dehydro-ascórbico. Es curioso señalar que las cifras, exaltadas, en los parodontósicos a propósito de la eliminación por la saliva de la vitamina C, son inferiores a las de ciertos sujetos normales. Pero de este hecho no podría sacarse la conclusión de que no existe en el parodontósico avitaminosis; es preciso otra testificación, que no sea la de la saliva, para probarlo. Los ensayos practicados en el plasma sanguíneo han dado lugar a interpretaciones muy diversas. ABT y FARNER pretenden que el estado de saturación no sería afectado más que si se encuentra 0,75 a 0,80

miligramos por 100 de vitamina C en el plasma. Según criterio de ABT, seis paradentósicos de cada doce, por lo menos, presentarían un déficit vitamínico. Según WACHHOLDER y HAMEL, la cifra de 0,5 a 0,75 miligramos por 100 de vitamina C no constituiría la cifra óptima, pero sí una saturación suficiente. Han hecho notar que en ciertos casos se puede administrar al individuo 1.200 miligramos de vitamina C, sin que por ello se pueda creer en una hipovitaminosis real, después de los resultados de la dosificación. Es, pues, difícil afirmar que cuando la cifra es inferior a 0,75, la paradentosis sea etiológicamente atribuible a la falta de vitamina C. Esto parece una contradicción con ciertas afirmaciones y experiencias terapéuticas, para explicarlo, los autores admiten dos posibilidades:

1.^a Podría tratarse de una hipovitaminosis local del paradencio a pesar de la saturación del organismo. Esta hipovitaminosis no se corregiría más que si la sangre experimentase una saturación. Por razones desconocidas el paradencio habría perdido su posibilidad de sacar la vitamina C de la sangre normal. Pero por el momento no tenemos indicios que nos prueben la exactitud de esta concepción.

2.^a Contrariamente a la opinión corriente, la vitamina C no representaría solamente un cuerpo complementario, sino poseería un efecto terapéutico propio, que parecería probado por el hecho de que las afecciones dentarias y paradentarias son influídas por un exceso de vitamina C (efecto catalizador ya puesto en evidencia para el tratamiento de la neumomía).

Del punto de vista experimental, parece que esta concepción sea apoyada por el hecho de que los paradentósicos conservan la vitamina C después de su saturación por más tiempo que los sujetos normales. Falta por probar si los paradentósicos aprovechan más tiempo la vitamina C que un sujeto normal, cuando la cantidad administrada por la alimentación o por adiciones complementarias es suficiente. WACHHOLDER y sus colaboradores llegan a las conclusiones siguientes: la paradentosis no estaría en relación con una deficiencia general de la vitamina C y las me-

terapias terapéuticas debidas al ácido ascórbico serían atribuibles a una reactivación por la vitamina C, que jugaría un papel de un fermento celular. La terapéutica por la vitamina C sería, por consiguiente, una terapéutica de reactivación por medio de una sustancia celular (es decir, no extraña) y no un tratamiento complementario. Si queremos que esa terapéutica sea eficaz es necesario utilizar por lo menos 300 miligramos de vitamina C por día.

La dietética en relación con las afecciones dentarias y paradentarias ha sido objeto de algunos trabajos, particularmente de HORST, PRINZ y SCHARAY. Estos autores enfocan la cuestión desde el punto de vista de la acidificación o la alcalinización del organismo por una alimentación rica en albúminas animales o en vegetales. No obstante, los efectos conseguidos han sido más bien en el campo teórico. Si bien sabemos que la alimentación juega un papel considerable en la etiología de las afecciones dentarias y paradentarias, en el sentido de romper el equilibrio orgánico, no obstante, desconocemos aún el mecanismo de este desequilibrio y no hay pruebas en pro o en contra de una acidificación o alcalinización. Aquí, como en otros terrenos, no son comparables las experiencias en los animales con las del hombre, de una manera absoluta.

En un trabajo titulado "¿Quién tiende a la paradentosis"?, SACHS ha hecho notar que las investigaciones sobre la paradentosis tienden a orientarse cada vez más hacia el terreno de la constitución, los fenómenos raciales, la distribución geográfica, etc. ¿Tiene predilección la paradentosis por un tipo humano especial, por una raza, por una estructura psíquica o por una alimentación? Se pregunta ¿qué estigmas pueden caracterizar a los individuos paradentósicos? Según SACHS, los tipos definidos por KRETSCHMER, PENDE, SIGAUD, no presentarían disposición particular en el campo de la paradentosis. Por otra parte, según ha sido ya afirmado, los tipos constitucionales descritos por estos autores pueden modificarse en el curso de la existencia. Consideraciones sociológicas (clases sociales, matrimonio, religión, ocupaciones, etc.), definidas por HEINRICH, no han aportado datos positivos. La cuestión a dilu-

cidar es la determinación de si el factor hereditario racial es o no influído por el medio exterior. Hay en efecto numerosos argumentos en favor de las dos opiniones. ¿Será necesario admitir la posibilidad de acciones patógenas sobre la constitución genotípica o, por el contrario, deberemos admitir la influencia de los factores biológicos renovados con cada generación? En la hora actual, la mayoría de los biólogos niegan heredabilidad de los caracteres patológicos adquiridos. Las investigaciones de HRUSKA, HEINTZ, ROCHLIN, EINLOOS, consideran como factor primordial la predisposición racial; la influencia del medio sería mínima. Las comprobaciones de DABBERT hechas en Abisinia parecerían probar la influencia del medio exterior, pero en todos los hechos relatados se observan tales contradicciones que es sumamente difícil hacer una idea precisa sobre esta influencia del medio. Lo único que parece cierto es que la forma y el aspecto de los dientes dan una indicación sobre la predisposición del sujeto a la paradentosis. SACH admite que puede haber otros indicios en nuestro organismo, además de la forma dentaria, que puedan darnos una idea sobre la constitución física o psíquica del individuo. Admite que en los paradentósicos se encuentran muchos tipos con sistema nervioso depresivo o un sistema psíquico lábil; éste último se observa especialmente en tipo pícnico de KRETSCHMER. A este propósito el autor cita tres ejemplos:

1.^o El rechinamiento de dientes y las sobrecargas dentarias nocturnas deben ser consideradas como una manifestación de sentimientos rechazados durante el estado de vigilia.

2.^o La succión del pulgar traduciría un hábito libidinoso, según FREUD.

3.^o Las irritaciones nerviosas aumentarían la secreción salivar y por consiguiente la precipitación del sarro en el paradencio (?).

Si el primero de estos ejemplos nos parece digno de tenerse en cuenta, los otros son discutibles y no parecen poder servir de ejemplo para ilustrar la idea de SACHS. Si el factor psíquico juega un papel, no debe olvidar el pro-

fesional — como dice el mismo SACHS además — el sarro y los fondos de saco al buscar los factores psíquicos.

Este factor psíquico ha sido además subrayado por otros autores: HEINRICH, VAN CLEF RAWENGEL, PASOW. Según el primero, los parodontósicos serían rara vez libres de taras psíquicas. Las exploraciones grafológicas de HEINRICH han demostrado que los introversos, de la clasificación de JUNG) y los de tipo violento "ZWANGSTYPEN", de (FREUD), presentan una frecuencia particular de parodontosis. RAWENGEL se lanza en consideraciones filosóficas para explicar la acción simultánea de la herencia y del medio. Las fuerzas debidas a la herencia serían contrarrestadas por fuerzas espirituales debidas a la personalidad. Si esta última es particularmente marcada, las fuerzas hereditarias juegan un papel tanto más reducido. JARMER subraya la frecuencia de las parodontosis en los histéricos y en los que presentan un sistema nervioso lábil. Son personas que generalmente no llegan a gozar de gran tranquilidad de espíritu. Pero ¿no deberíamos pensar en tal caso en la negligencia de los cuidados higiénicos de estos pacientes?

HRUSKA, volviendo una vez más sobre el problema de la constitución en los parodontósicos, combate la idea defendida por SACHS: los trastornos psíquicos no desencadenan la parodontosis, pero van con frecuencia paralelos a ellos; en los enfermos que presentan depresiones nerviosas, no ha podido hacer constar HRUSKA una particular frecuencia de las afecciones parodontarias.

Acercas de la idea de influencia del medio, HRUSKA hace notar que ciertas razas (dináricas, ciertos judíos españoles) presentan una forma de parodontosis que arrastran con ellos por todas partes, sin que parezca ser influida por el medio. Estas gentes tienen tendencia a perder sus dientes precozmente, sea cualquiera el medio en que se desenvuelven. Hablando de la constitución particular de los sujetos predispuestos a las afecciones parodontarias, hace notar HRUSKA que los sujetos jóvenes presentan ya fuertes calcificaciones pulpares que considera como signo de senilidad precoz local. Si no se observa abrasión a los

treinta años, los dientes son predispuestos a ser afectados por paradentosis; los dientes muy mineralizados no se desgastan mucho, no por razón de su dureza, sino de la constitución particular del paradio. Apoyándose en la idea de IMBERT, HRUSKA diferencia los tipos de paradentosis y caries en dos constituciones diferentes: el paradiotico presentaría vagotonía, alcalosis y vasodilatación pupilar y, por consecuencia, retardo en la circulación sanguínea e hipercalcificación. Este concepto no es solamente válido en el período de desarrollo de los dientes, sino ulteriormente, durante toda la existencia. Se trataría entonces de un desequilibrio vago-simpático, manifestado particularmente al nivel de los dientes. Además, este desequilibrio se manifiesta por otros signos, con los cuales se pone siempre en relación la paradentosis (trastornos endocrinos y humorales).

En resumen: se trata de la herencia del terreno, y no de la paradentosis, que no es una enfermedad autónoma, tal como afirma ROY. Esta herencia se manifiesta por una distrofia en relación con un desequilibrio vegetativo y endocrino. La paradentosis hereditaria constituiría una mutación, un carácter de ciertas razas, un fenómeno dominante en ellas. La paradentosis existe, según HRUSKA, desde el principio de la época paleolítica, y le parece inexacto el pretender que es actualmente más frecuente. No hay que olvidar que la edad media de la mortalidad ha retrocedido en grandes proporciones y que la civilización ha permitido a los sujetos débiles que se reproduzcan, lo que ha contribuido mucho más que la influencia del medio, al incremento tan considerable de las afecciones paradioarias.

Continuando los trabajos del año precedente, BOBER, hace notar que la paradentosis ha sido considerada hasta ahora como una característica de ciertos estados patológicos; preocupándose de la cuestión de la antropología constitucional, que tiene por objeto el buscar la influencia de los factores endógenos y exógenos en las funciones del organismo desde el punto de vista del estado de desarrollo y de la herencia, procura estudiar el problema considerando a las paradentosis como caracteres particulares de cons-

titución general. A tal fin, BOBER considera dos hechos esenciales.

1.^o La paradentosis es un "lugar" para la expresión de esta constitución.

2.^o Hay que considerar en la estructura general lo que es hereditario. Para que este método de trabajo pueda ser fructífero, es necesario apartar los estados precoces, que desde el punto de vista etiológico son más puros y están modificados por influencias secundarias.

TURNER, de quien ya conocemos varias publicaciones, en un trabajo de recopilación, ha sentado varios principios que deseamos destacar aquí porque parecen contradictorios con las opiniones generalmente expuestas. El autor llama ante todo la atención sobre los procesos hiperplásicos que intervienen en la paradentosis. En la llamada "piorrea seca" se observan nudosidades óseas duras, y en la llamada "piorrea verdadera", con la consiguiente supuración, se observa un hueso esclerótico, granuloso, y los espacios medulares rellenos de hueso ligero de nueva formación. La encía misma estaría igualmente hiperplásica. Por otra parte, las ulceraciones de la mucosa gingival no estarían aisladas, sino acompañadas de ulceraciones simultáneas de la lengua, de los labios y de la cara interna de las mejillas.

La profundización de la bolsa observada frecuentemente al nivel de los molares en el lugar de la bifurcación radicular sería debida al hecho de que a este nivel las prominencias del esmalte crean zonas de retención para las sustancias extrañas. Aún admite TURNER que los cambios observados en la paradentosis, sea del suelo alveolar o de la superficie radicular, son particularmente marcados en la región apical. Esto sería un hecho importante a considerar desde el punto de vista etiológico. Además es el único fenómeno que el autor considera en pro de las causas endógenas de la enfermedad, y aún trata de explicarlo por acciones de vecindad o de proximidad. Ante todo admite la importancia de las causas locales en el origen de las afecciones paradentarias. Según él, hay que conceder una gran importancia a la presencia de

la mucina, que favorecería o bien al desarrollo de la caries o al de la paradentosis. Se observa esto último en los individuos en perfecto estado de salud, y que, por otra parte, puede ser prevenida por una simple limpieza. Según las observaciones hechas en Inglaterra, se ha observado en los mismos individuos sarro, paradentosis y caries marchando paralelamente; no habría, por consiguiente, un tipo particular para una u otra de las afecciones paradentarias o dentarias. En lo que concierne a la formación del fondo de saco, éste se inicia en el momento de la erupción cuando se hace en un medio séptico; la infección destruiría las capas epiteliales, de ahí la formación de bolsas.

Idealmente, la cutícula de NASMYTH debería continuarse directamente con la superficie epitelial.

En lo que afecta a la terapéutica, TURNER, estima que la extracción precoz sería el mejor medio de impedir la reabsorción ósea. La extracción de un diente de cada dos, impediría así el contacto de dos dientes vecinos, crearía mejores condiciones higiénicas, facilitaría la limpieza y disminuiría las posibilidades de reabsorción.

La limpieza personal debería efectuarse por medio de un algodón humedecido en bicarbonato de sosa, que disolvería las mucosidades. Por otra parte, se debería aplicar tintura de yodo, que destruiría los gérmenes existentes en las anfractuosidades. Según este autor, el cepillado sería inútil, porque el cepillo no llega más que a las regiones afectadas por los movimientos de la limpieza general. La limpieza por la masticación de sustancias duras y fibrosas no basta para suprimir la mucina, porque la limpieza mecánica debe ir acompañada de una acción disolvente por medio de soluciones alcalinas. Todos los dientes que no pueden ser alcanzados por la limpieza deberían ser extraídos, y TURNER indica a título profiláctico la extracción precoz de las muelas de seis años a fin de crear espacios y facilitar la limpieza.

Cuando se ha comprobado las desagradables consecuencias que acarrea, desde el punto de vista oclusal, la ex-

tracción sistemática del molar de seis años, difícilmente se concibe que se puedan sostener semejantes teorías. Por otra parte, el autor pretende que para evitar la caries, la paradentosis y el sarro, sería necesario no consumir más que los alimentos animales. En fin, TURNER niega importancia a la oclusión traumática, subrayando que se encuentran paradentósicos con una oclusión perfecta, y cita ejemplos de individuos que a los cuarenta años no presentan ni caries ni paradentosis, ni sarro aunque hayan sufrido la pérdida de un molar bastante años antes. A propósito de la alimentación. TURNER pretende que los cereales provocan depósitos aglutinantes que la limpieza no logra llegar a suprimir; las caries, las paradentosis y el sarro, aparecerían con la utilización de los cereales. En fin; hagamos notar que el autor no distingue las diferentes formas de paradentosis, porque según él todas serías causadas por los depósitos a que se ha hecho referencia. Todo lo más se podría diferenciar una piorrea seca de una piorrea purulenta.

BARREU preconiza para el tratamiento de las paradentosis, que él denomina "polialveolitis", las sales de oro (Thiopropanol-sulfonato doble de oro y de calcio), utilizados en terapéutica general para el tratamiento de la artritis crónica, de la que, según él, la paradentosis sería una manifestación larvada.

Estas sales de oro son aplicables bajo la forma de tóxico gingival, utilizado en masaje. Cita una observación detallada, y pretende haber obtenido buenos resultados. Pero no se trata aquí probablemente más que de mejorías pasajeras por el hecho que no se ha instituido tratamiento de fondo.

En lo que concierne al empleo de puentes fijos o móviles. En el tratamiento de la paradentosis, queremos citar aquí, ante todo, la opinión de GREVE, que ha criticado tal como lo hemos dicho antes la campaña emprendida por WESKI contra los puentes fijos. WESKI, ha hecho resaltar los inconvenientes del puente fijo; mutilación de dientes sanos, desvitalización, peligro de infección focal, imposibilidad

de un trabajo técnico perfecto. Bien es verdad que numerosos puentes dan lugar a sinsabores, pero un método no puede ser juzgado únicamente según los casos en los que ha sido mal aplicado. ¿En qué medida la inmovilización por los puentes puede realizar la terapéutica de las parodontosis? La inmovilización ha sido, desde luego, enfocada en su papel puramente sintomático.

Las investigaciones de la patología y las que buscan la etiología, han demostrado que la inmovilización no es una terapéutica etiológica. Por esta razón ha sido abandonada por algunos autores. Pero la inmovilización es necesaria para permitir la acción de otros medios terapéuticos; juega un cierto papel en el conjunto de esta terapéutica y constituye así un elemento de tratamiento perfectamente justificado. Esta inmovilización, ¿debe hacerse con medios fijos o móviles?

Por el momento no es posible poder decir si las ventajas, desde el punto de vista de la durabilidad, están en favor del puente fijo, o de los medios móviles. El sistema preconizado por ELBRECHT es aún demasiado reciente para poder permitírnos hacer un juicio. La gran ventaja del aparato móvil se encuentra en el plano social, puesto que los fijos exigen mucho más tiempo y esfuerzo, y son, por consiguiente, más costosos. Las férulas móviles presentan un doble inconveniente: estético y psíquico; este último aspecto juega un papel muy importante en nuestra profesión. La experiencia con las prótesis parciales ha demostrado que los cuidados del paciente no son suficientes para evitar irritaciones o caries. La misma observación puede hacerse para las férulas de ELBRECHT. Los mismos cuidados domésticos son precisos para las dos clases de prótesis, y no se puede decir que la una o la otra favorezcan especialmente las caries. Las conclusiones a que llega GREVE son las siguientes:

1.^a Una inmovilización no podría ser fija o móvil con exclusión de la otra.

2.^a Cada una tiene sus ventajas, sus inconvenientes y sus indicaciones.

3.^a Los fracasos de los puentes fijos no deben achacarse solamente al método, sino también al modo de aplicarlo y a la higiene del paciente.

4.^a No se debe pronunciar en favor del puente fijo o del movable, pero debemos utilizar uno u otro, según los casos.

MERRIT, en un artículo consagrado al tratamiento de la "piorrea", preconiza tres métodos esenciales de tratamiento: a) el *curetage*, según YOUNGEN-SACHS, si las bolsas son poco profundas; b) la operación radical, y c) la gingivectomía, cuando los fondos de saco son poco marcados; preconiza como apósito una pasta que puede permanecer (in situ" varias semanas y que está compuesta por:

Polvo: 2 partes de óxido de cinc,
2 partes de resina y
1 parte de ácido tánico.

Líquido: 2 partes de eugenol y
1 parte de aceite de almendras dulces.

(Colocar un poco de polvo de resina en el eugenol y calentar suavemente; verter en el aceite de almendras y agitar.) La aplicación de este apósito, que requiere una media hora para alcanzar la dureza requerida, permite suprimir casi completamente el dolor postoperatorio. Además, la hinchazón excesiva queda impedida por el tal apósito.

DOBLER, en un reciente trabajo, ha referido el resultado de sus experiencias terapéuticas con el Sarizol, las ondas cortas y la terapéutica de reactivación por el método de "Alveotive". Antes de abordar el tema, el autor dirige críticas a los tratamientos quirúrgicos de la paradentosis que, según él, no son hechos por el práctico. La ablación de los sacos y la operación radical dan resultados inestéticos y no impiden las recidivas; en fin, que son difíciles de aceptar por los pacientes. DOBLER pretende a este objeto que LA ARPA se pronuncia ante todo por los métodos quirúrgicos. Pero nosotros tenemos que destacar aquí que LA ARPA no preconiza ningún método particular, sino que procura hacer conocer unos y otros. Por otra parte, este autor hace

notar que LA ARPA preconiza tratamientos protésicos complicados que la mayor parte de los pacientes no pueden aguantar. Pero aquí pasa igualmente. Las ideas de LA ARPA han sido mal interpretadas. La mayoría de los casos referidos en las observaciones de DOBLER presentan una oclusión traumática que, tal como sabemos, constituye un factor esencial que debe ser eliminado antes que cualquiera otra intervención terapéutica. La mayoría de los casos publicados por Dobler, en particular aquellos de los cuales publica las radiografías, presentan migraciones y diastemas. A propósito del Sarizol, refiere el autor los buenos resultados obtenidos contra la inflamación cuando es de origen local. Hubiera convenido especificar si la acción del Sarizol sería semejante en los casos en que se tratase de una inflamación difusa. Todos los casos han sido tratados previamente por una limpieza a fondo, según el método de YOUNGEN - SACHS. Pero sabemos que esta intervención terapéutica produce ya gran mejoría desde el punto de vista de la regresión de la inflamación. En todos los casos en que ha sido empleada la cura de reactivación por los productos "alveoactifs", ha dado resultados inciertos, porque esta reactivación no está asegurada más que en los casos en que las condiciones locales desfavorables (fondos de saco e inflamación) han sido suprimidas previamente.

Hubiera sido necesario elegir los casos de paradentosis sin bolsas, sin focos verticales. Sería menester ensayar esta terapéutica en los casos de paradentosis puramente distróficas con atrofia horizontal. Hemos aplicado esta terapéutica a numerosos casos, pero no es difícil en razón del poco tiempo (cuatro años) poder juzgar sus resultados. La radiografía de comprobación verificada uno o dos años después, es insuficiente, porque aquí la radiografía no puede darnos las mismas indicaciones que cuando se trata de focos periapicales, en donde la regeneración se hace en todos los sentidos, concéntricamente. En el caso de la paradentosis la regeneración vertical es imposible, cuando la atrofia es horizontal. El punto a investigar sería el determinar la regeneración en el caso de atrofia vertical, o la estabili-

zación de la reabsorción. Para ello las experiencias deben ocupar varios años, y aun con los resultados positivos no serían muy seguras las conclusiones, pues los factores endógenos que podrían haber intervenido en la etiología, pueden haber desaparecido y el enfermo encontrarse, según la expresión utilizada, en una fase endógena negativa o positiva. En lo que concierne a la aplicación del "alveoctifs", podemos confirmar las afirmaciones del autor: que las inyecciones son dolorosas en la región gingivo-dentaria; ésta es la razón por la cual las hemos aplicado por vía intramuscular. Desde luego, en aquellos casos en que estamos en presencia de una inflamación, y sobre todo de abscesos paradentarios, están contraindicadas las inyecciones del "alveoactifs".

En un artículo aparecido en el "Journal of the American Dental Association". TISCHLER subraya que si la mitad de los cuidados consagrados a la caries hubieran sido dedicados a las paradentosis, éstas serían mucho menos frecuentes. Desgraciadamente, por el dolor no acuden al dentista los pacientes afectados de paradentosis, o solamente en casos extremos, y de ese modo los paradentósicos dejan de recibir en gran parte las atenciones del odontólogo. TISCHLER hace notar que los esfuerzos hechos para informar a los mismos profesionales apenas tienen éxito en los Estados Unidos; la profesión, en su conjunto, no parece haberse apercebido de la importancia del problema de las afecciones paradentarias. Desde luego hace constar que la enseñanza dada sobre este tema en los Institutos Dentales es insuficiente y la mayoría de los profesionales cesan de estudiar o de perfeccionarse en cuanto han adquirido la posibilidad de ejercer. Los profesionales que se ocupan de la paradentosis son generalmente desacreditados por los amigos de sus pacientes que han hablado con otros colegas, y también se les hace creer que las mejorías temporales que pueden obtener no valen la pena, ni los sufrimientos padecidos, ni el dinero invertido.

Es típico hacer constar que el profesional no lee apenas las revistas científicas, mientras que dedica una gran aten-

ción a los periódicos gratuitos comerciales que anuncian y venden interesadamente toda clase de específicos que utilizan luego, y con su fracaso tornan al profesional cada vez más escéptico. En lo referente a la terapéutica, TISCHER insiste sobre la necesidad de un tratamiento funcional precoz y la colaboración firme del paciente con el cepillado sin dentífrico por el antiguo método de CHARTERS: expulsando la sangre por la presión del cepillo y hacerla afluir en seguida de nuevo mediante el movimiento circular.

(*Schwe. Monat. für Zahnh.* 48-10.)



° ENCÍAS ULCEROSAS Y SANGRANTES EN EL PERSONAL NAVAL

INGESTION DE VITAMINA C Y ÁCIDO NICOTÍNICO

por los

Doctores Ungley y ~~L.~~ S. F. Horton

C. C. Ungley y J. S. F. Horton

referencia J. A. D. A. VOL 30, AÑO 1943, PAG 1.126

Esta investigación forma parte de una encuesta acerca de la causa de encías llagadas y sangrantes en el personal naval, observadas en 1940 y que, sobre bases clínicas, se sospechó que fuese debida a deficiencia de vitamina C. La investigación comprendió la búsqueda de pruebas clínicas y de otros órdenes de deficiencia nutritiva; análisis bacteriológico y examen clínico de boca y garganta; determinación de ingestión de vitamina C; pruebas de saturación de vitamina C; y, por último, ensayos terapéuticos controlados.

Los sujetos que ingresaron en el hospital con las encías en tales condiciones comprendían 38 individuos procedentes de dragaminas y otras pequeñas embarcaciones, dos de barcos mayores y otros 11 de establecimientos portua-