

## SOBRE PIORREA ALVEOLAR

por el

Dr. MANUEL ROIG TARIN

La piorrea alveolar, que tan frecuentemente se presenta en clínica y que tan poca atención nos merece su tratamiento de no exigírnoslo un odontópata que se resista a la idea de la pérdida progresiva de sus piezas dentarias, tiene para el profesional consciente un vasto campo de estudio, investigación y experimentación dentro de la Odontología conservadora y quirúrgica, que cada vez se le va concediendo más importancia, sobre todo en su parte quirúrgica, como lo estamos viendo en las múltiples proyecciones de nuestras sesiones científicas y en los Congresos nacionales y extranjeros, hasta el punto de que cada escuela y autor tienen su tratamiento quirúrgico más o menos simplista o complicado.

Las definiciones que se han dado de esta enfermedad han sido múltiples, como así los nombres, atendiendo la mayor parte de las veces a un criterio personal y unilateral según la patogenia o histopatología que se le ha querido atribuir por cada uno de los autores que la han estudiado o investigado. Nosotros particularmente, atendiendo al polimorfismo sindrómico y a la multiplicidad de factores que contribuyen para provocarla, y considerando al organismo como una unidad compleja que supone la unidad anatómica y fisiológica de sus diferentes partes, con la sólida trabazón que enlaza anatómica y funcionalmente todos los órganos, todos los sistemas, todos los tejidos en un mecanismo de subordinación y reciprocidad, cual corresponde a las correlaciones orgánicas, definimos a esta afección como "un desequilibrio de factores que producen una enfermedad general con determinismo paradentario".

Analizaremos los factores (Pucci) que intervienen en su patogenia, para sacar al final algunas deducciones de tipo práctico.

Los factores que intervienen son locales y generales.

Los factores de causa puramente local son:

- 1.º Depósitos de sarro.
- 2.º Septicidad bucal (bolsas gingivales).
- 3.º Individualidad de los gérmenes.
- 4.º Mala disposición dentaria.
- 5.º Inflamación gingival.

Los factores locales de causa estática son:

- 1.º Oclusión traumática.
- 2.º Vicios masticatorios.
- 3.º Malos hábitos bucales.
- 4.º Malas oclusiones.
- 5.º Trastornos por disfunción.
- 6.º Prótesis inadecuada.

Los factores locales por causa mecánica son:

- 1.º Obturaciones defectuosas.
- 2.º Puntos de contacto deficientes.
- 3.º Acumulación y empaquetamiento de alimentos.
- 4.º Coronas y prótesis mal ajustadas.

Los factores dietéticos por causa general son:

- 1.º Calidad de los alimentos.
- 2.º Elementos minerales.
- 3.º Vitaminas.
- 4.º Metabolismo mineral.
- 5.º Acidosis y alcalosis.
- 6.º Metabolismo basal.
- 7.º Alergias alimenticias.
- 8.º Cantidad de los alimentos.

Los factores constitucionales de causa general son:

- 1.° La diátesis artrítica.
- 2.° Alteraciones del sistema neuro-vegetativo.
- 3.° Decalcificaciones.

Los factores endocrinos de causa general pueden ser por disfunción en:

- 1.° Tiroides.
- 2.° Paratiroides.
- 3.° Hipófisis.
- 4.° Suprarrenales.
- 5.° Páncreas.
- 6.° Glándulas sexuales.

Y como factores generales intrínsecos:

- 1.° La herencia.
- 2.° Enfermedades constitucionales.
- 3.° Edad y sexo.

Ante tamaño número de factores como acabamos de enunciar, y ante la imposibilidad de influir en algunos de ellos la posición del profesional en la clínica diaria, se orienta en los siguientes sentidos de mayor a menor frecuencia, según nuestras observaciones: 1.° La exodoncia. 2.° Ensayo tímido con organoterapia, tartrectomía y algún toque en las encías a base del primer cáustico que encuentra a mano, generalmente argentofenol. 3.° Estudio completo del individuo descartando factores en colaboración con el internista hasta dar con el etiológico y utilización de todo el arsenal terapéutico conocido: tartrectomía, gingivectomía (cemento quirúrgico), oxigenoterapia, antibióticos, reinserciones, férulas de contención, etc.

Indudablemente nuestra posición debiera ser, siempre que el paciente y sus condiciones lo permitieran, esta última. Pero ante la imposibilidad de efectuar una investigación de factores con la colaboración de diversos clínicos, nuestra conducta odontológica debemos basarla en el tratamiento por lo menos de aquellos factores que por su constancia en la presentación debemos considerar como principales una vez instaurada la enfermedad.

Y son éstos cuatro, y se encuentran concatenados, formando entre sí un círculo vicioso, pues cada uno de ellos lleva a la formación de los otros. Estos son: los cálculos salivales, la inflamación de las encías, la enfermedad del paradencio y las bolsas gingivales.

Y, en efecto, vemos que la presencia de cálculos salivales provocan inmediatamente una inflamación de las encías, la que a su vez favorece la formación de nuevos cálculos salivales, hasta llegar al punto de formarse cálculos subgingivales, los que a su vez llevan a la encía a un empeoramiento gradual, y con el constante irritar de encías y cálculos se llega a la enfermedad del paradencio y del mismo hueso.

Como es natural, la enfermedad del paradencio lleva en sí el aporte de unos nuevos síntomas, como son alargamiento de dientes, movilidad, emigración, etc., lo que motiva que los antagonistas ejerzan sobre ellos una sobrepresión que a su vez contribuye a que se cree un cuadro de articulación traumática, sobre todo si las condiciones de oclusión-articulación son favorables, como en el caso de una hiperdaquía.

Establecida en este punto la enfermedad, ya han aparecido las bolsas gingivales de difícil autoclisis, que favorecen y desarrollan más aún el factor nocivo circulatorio de las encías, punto de comienzo imaginario de este bosquejo, ayudando la septicidad por la infección sobreañadida ineludible acompañante de esta fase y colaborando, por ende, a la formación de más cálculos subgingivales.

Vemos, pues, que este círculo vicioso es interesante para nosotros por cuanto podemos actuar por lo menos pretendiendo romperlo a poco que nos lo propongamos y sin grandes intervenciones y sólo por nuestros propios medios odontológicos, sobradamente conocidos y dominados por todos los profesionales.

En efecto, para lograrlo comenzaremos por someter al paciente a una minuciosa tartrectomía, eliminando todo depósito de sarro por pequeño que sea, pulimentando bien las superficies dentarias, con objeto de no dejar ninguna partícula que sirva como núcleo para depositarse nuevos cálculos.

Aleccionaremos al paciente para que verifique un cepillado correcto, no sólo de las partes duras, sino también de las encías, puesto que con ello se favorecerán, al excitar la circulación y mantener una rigidez gingival.

Se restablecerá el equilibrio oclusal, si lo hubiere, tratando la oclusión traumática por medio del tallado de los dientes que ejerzan su-

pergravitación, regularizando las cúspides para favorecer las excursiones laterales, colocando coronas que eleven la articulación o restituyendo con la prótesis adecuada las piezas que faltaren, estudiando esta prostodoncia dentro de las necesidades que la articulación traumática requiera para evitarla; se procederá a la reconstrucción oclusal siempre que proceda e incluso se recurrirá a la ortodoncia para llevar a su sitio piezas que hayan emigrado.

La eliminación de las bolsas gingivales se verificará con arreglo a la técnica que cada caso particular nos sugiera previa una detenida exploración y según las condiciones de la enfermedad y del enfermo. Podremos suprimirlas por medios mecánicos que favorecen la desaparición de la encía por la atrofia que produce la presión continuada. Por cauterización por medios químicos, como el ácido crómico, tricloraacético, láctico, fenol, sulfato de cobre, cloruro de cinc, nitrato de plata amoniacal, sosa, potasa e inyecciones esclerosantes. Por agentes físicos, como el electrocauterio, nieve carbónica, electrocoagulación, etc. Y, finalmente, por excisión, existiendo variadísimas técnicas quirúrgicas de gingivectomías (técnicas de Black, Ward, Crane-Kaplan, Gottlieb, Sanders, Orban Wassmund, Pichler, Widdmann-Neumann, etc.), como asimismo de operaciones a colgajo (Neumann, Kirkland, etc.), remitiendo al lector a los tratados correspondientes para la descripción de cada una de las técnicas enunciadas.

---

F. C. BESIC: *Caries dental artificial*. "Journal of Dental Research", 30, n.º 5, p. 708 (1951).

Para demostrar cinco de las características de la verdadera caries clínica temprana se emplearon tres bicúspides, con diversos grados de caries, extraídas de tres distintos pacientes. Las mencionadas características son las siguientes: primera, contorno superficial normal y lustre que se vuelve opaco con la sequedad; segunda, pigmentación de las áreas afectadas; tercera, rarefacción que se extiende hasta en el esmalte, como puede verse radiográficamente; cuarta, reblandecimiento del esmalte, y quinta, extensión del proceso de caries a la unión del esmalte y de la dentina.

Las lesiones artificiales fueron producidas incubando las muestras, durante seis meses, en un medio de cultivo Brewer que contenía lacto-dextrosa y saliva contaminada (flora mixta).