

REINSERCIÓN EPITELIAL

W. G. CROSS: *Les Parodontopathies*, Ed. Luigi Salvagno,

Venecia, 1955

W. G. Cross comienza su artículo con observaciones a un trabajo del profesor Becks y el doctor Pencharz, cuyo sumario, del citado artículo, es:

El curetaje subgingival tiene dos propósitos:

1. La restauración de una inserción epitelial normal.
2. El restablecimiento de una cresta ósea dura e intacta.

Para su logro, las bolsas formadas deben ser eliminadas.

Mientras en casos elegidos, la retracción puede ser producida con el uso de escaróticos (fenol, ac. tricloro-acético, etc.), este procedimiento entraña considerables riesgos. Usualmente, el método de elección es el curetaje subgingival, particularmente cuando se hallen bolsas profundas. El curetaje gingival conservador es de valor sólo para aquellos casos en los cuales este tipo de terapia está indicado. Las bolsas poco profundas, supraóseas, con tejido gingival blando, también responden favorablemente. Otras bolsas, a causa de su posición, evolución y cuando se tiene certeza que la reinsertión puede producirse, también pueden ser beneficiadas con este tratamiento.

El procedimiento subgingival abarca dos pasos: 1) La remoción del epitelio del surco; 2) la eliminación de la inserción epitelial. Así como en otros procedimientos de debridamiento, el epitelio del surco debe ser extirpado para facilitar el crecimiento del nuevo epitelio sobre la herida. La decisión de eliminar la inserción epitelial dependerá de las esperanzas de reinsertión que existan. Cuando no se espera una reinsertión, no es esencial la remoción de los tejidos; pero cuando se la estima factible el epitelio debe ser eliminado para permitir a las fibras tisurales volver a ser incorporadas por una nueva capa de cemento a la superficie del diente.

Siguiendo al curetaje, todos los cálculos subgingivales deben ser eliminados. La cara dentaria de la bolsa será raspada, y todos los depósitos y el cemento necrosado removidos, cuidando de no dañar el cemento de inserción, frecuentemente confundido con depósitos calcáreos. Asimismo-

mo, el engrosamiento del esmalte, a nivel de su unión con el cemento, no debe ser confundido con cálculos.

La porción interna de la pared gingival retraída es cureteada, siguiendo con el epitelio afectado de la gíngiva y el surco. Aproximadamente se remueve un milímetro del tejido de la cresta gingival. La resolución de la inflamación y la mejoría del epitelio del surco dan como resultado la retracción del epitelio gingival.

En las bolsas intraóseas, donde la meta es la reinserción, la inserción epitelial será eliminada para prevenir de esta forma la formación de una barrera contra la regeneración de la membrana periodontal. Esto podría ser seguido por un raspaje o pulido de la superficie radicular y curetaje de la superficie de los tejidos blandos de la bolsa con una remoción final de la inserción epitelial en su totalidad. Los cuidados postoperatorios apropiados asegurarán el éxito del tratamiento.

* * *

El artículo del doctor Cross dice: «Este es un material muy interesante, puesto que si bien se hacen referencias al trabajo de Jens Waerhaug, no se considera la acepción de «epithelial attachment» bajo el concepto de una unión orgánica, sino como una «adhesión». Se considera que es una verdadera «epitelial cuff», o sea un manguito epitelial.»

Gottlieb usa el término «epithelansatz», y si bien la traducción inglesa «epithelial attachment» no es necesaria, es claro que desde Gottlieb tanto él como otros que le siguieron sostienen la teoría del «attachment» (adhesión, unión).

El punto de vista de Gottlieb, también aceptado por Orban, ha sido propuesto y ampliamente aceptado durante treinta años y no fué seriamente afectado hasta la aparición del trabajo de Waerhaug.

Waerhaug («Odont.», Tidskrift 60: Supplem. 1, 1952) sostiene que el fondo de la bolsa está situado a nivel de las últimas células epiteliales y ha demostrado que delgadas laminillas de acero de 0,5 mm. de espesor pueden ser insertadas entre la gíngiva y el esmalte de los dientes recientemente erupcionados hasta el límite amelocementario, empleando sólo una fuerza de pocos gramos.

El autor ha repetido este experimento con éxito, y así como Gottlieb y otros han demostrado que el límite amelocementario de los dientes recién erupcionados no puede ser alcanzado por los exploradores usuales, debido: a) sus dimensiones, y b) su incapacidad para seguir la curvatura longitudinal de la corona, el límite amelocementario puede ser alcanzado fácilmente usando las laminillas de acero indicadas por Waer-

haug, empleando una fuerza insignificante y sin causar molestia alguna.

Becks llama la atención sobre el hecho de que las técnicas histológicas, empleando decalcificación e inclusión, puedan, aun en manos expertas, causar desgarramientos y artificios de técnica. Baumé («J. Period.», 24: 99, 1953) ha demostrado que comparado con material fresco no teñido, examinado bajo el microscopio de contraste de fases, muchos detalles celulares y en particular los puentes intercelulares, a menudo desaparecen después de la fijación.

Esto hace comprensible el porqué de ciertas interpretaciones del pasado, que resultan injustificables a la luz de los recursos actuales, sean debidas a errores inherentes a las técnicas empleadas; y el trabajo de Waerhaug tuvo indudablemente el gran valor de estimular nuevas investigaciones en la cuestión de las técnicas y la interpretación de los hallazgos. Si, como podría aparecer desde el trabajo de Baum, existe una unión orgánica con el esmalte por medio de las tonofibrillas, esta inserción parece ser muy débil o pueden producirse con suma facilidad hendiduras y desgarramientos. La grieta gingival, así como Becks nos la ha legado, fué descubierta por Weski como debida a una hendidura «intraepitelial».

La cuestión de interpretación acerca de lo que debe entenderse puede ser ejemplificada por el siguiente pasaje en el artículo del doctor Becks. Refiriéndose al preparado del doctor Reppeto, él dice: «Mientras el área desde «C» a «D» aparece firmemente unida al diente, el espacio entre la superficie de la dentina y el epitelio oral entre «B» y «D» se ha desinsertado durante la preparación del espécimen o puede haber estado muy débilmente unido a él... Es, por lo tanto, incuestionable que el epitelio puede crecer sobre la superficie dentaria y está estrechamente unido a ella. No es simplemente una adaptación clínica. Así, por un lado tenemos que se dice: el epitelio «aparece firmemente unido», mientras que al final del pasaje se dice que «es incuestionable que él puede crecer sobre la superficie dentaria y está claramente unido a ella» (interlínea del autor).

Con todo, serán requeridos nuevos trabajos, tal vez en la línea iniciada por Zander y Waerhaug en Minneapolis, antes de conocer la completa evolución de la inserción epitelial. De cualquier modo, sobre el valor del curetaje, existen tal vez menos diferencias de opinión, si bien algunos consideran que el obtener la reinscripción por este procedimiento no es una solución práctica, aunque teóricamente posible.

Becks sostiene que curetaje implica «scaling» (descamación, exfoliación). En Gran Bretaña, «scaling» comúnmente denota remoción de

depósitos supra-gingivales. Cuando se efectúa un «scaling» subgingival se habla de un «deep scaling» (exfoliación profunda). Curetaje es un término al presente poco empleado en forma común, pero que ha vuelto a tomar importancia si se refiere a la remoción de depósitos; además, debe ser utilizado para designar el desbastamiento o alisamiento del cemento y la remoción del epitelio de las grietas, así como también el tejido de granulación. Parecería que *curetaje* podría ser bien empleado universalmente para indicar la remoción de los cálculos subgingivales, y *curetaje completo* incluiría además alisamiento o remoción del cemento, remoción del epitelio de la bolsa, inserción epitelial y el tejido de granulación.

Curetaje, en este sentido, es entonces un procedimiento ampliamente usado, ejecutado con el uso de: azadones, limas y curetas. Es usado en el tratamiento de las gingivitis crónicas marginales y en las periodontitis crónicas donde no hay profunda destrucción ósea y es un procedimiento preliminar a la gingivectomía, siendo usado siempre que se persiga lograr una reinserción.

No siempre es posible decidir en un primer momento cuáles bolsas en particular requerirán gingivectomía. La decisión puede ser tomada algunas veces cuando los resultados del curetaje son aparentes. No todos están de acuerdo con la remoción de los cálculos subgingivales antes de la gingivectomía: mientras algunos se contentan con una remoción limitada, en la opinión de los autores, de cualquier manera, la remoción total o parcial debe hacerse muy cuidadosamente, pues se ha hallado que la hemorragia durante la gingivectomía, los dolores posoperatorios y la formación de un excesivo tejido de granulación, además de la tendencia a la cicatrización lenta, se reducen a un mínimo con ella.

Curetaje completo con miras a la reinserción.—Indicaciones: La común bolsa periodontal supraalveolar, cuya base es coronal y llega hasta la cresta alveolar, probablemente, es perfectamente tratada por un simple curetaje, seguido de gingivectomía si fuera necesario.

Excepciones a esto son las bolsas profundas y aisladas en la cara bucal de los dientes anteriores, donde la gingivectomía sería antiestética. En algunos casos, el «curetaje completo» está indicado. Los otros casos a tratarse con el curetaje completo son las bolsas intraóseas, vistas en ciertos tipos de periodontitis y también en periodontosis; estas bolsas son de frecuente aparición e incluyen las variedades especiales encontradas en asociación con abscesos crónicos periodontales y bolsas anfractuadas.

El pronóstico más favorable puede ser formulado a las bolsas intraóseas con una comunicación intraósea estrecha; cuando la comunicación es amplia, el curetaje completo, solo, tiene pocas posibilidades de ser exitoso, puesto que la reconstrucción de la membrana periodóntica demanda la presencia de hueso alveolar que no esté a mucha distancia para que las nuevas fibras principales puedan volver a insertarse. Si esta distancia es muy grande, parece no formarse nuevo hueso. En estos casos puede llenarse el espacio por medio de injertos óseos y otros medios de formación ósea, como indica el autor en otro artículo.

Diagnóstico.—El diagnóstico de las bolsas intraóseas depende del examen clínico y del uso de radiografías. La bolsa es previamente medida; se encontró que, como regla general, no hay bolsas de cuatro milímetros de profundidad intraóseas, pocas de seis milímetros lo son; pero con profundidades de ocho milímetros y más, aumenta el número de bolsas intraóseas. La bolsa es explorada con un instrumento adecuado, como el diseñado por el autor (Cross W. G., «Brit. Dent. Jour.», 44: 187; 1953). Este es un delgado instrumento para exploración de bolsas y comprobación de la presencia de cálculos y su distribución. Seguidamente a esta exploración, cuando sea necesaria la visualización del contorno, extensión y topografía de las bolsas, se tomarán radiografías. Aquí el uso de puntas radiopacas calibradas, descrito por Hirshfeld («J. Period.», 24: 94; 1953), da registros de inestimable valor en el cual se indicará la posición del margen gingival, la base de la bolsa, su profundidad total y la extensión en la cual es intraósea.

En ausencia de alguna sustancia radiopaca como ser cálculos o puntas metálicas no es posible decir con certeza dónde está la base de una bolsa intraósea o afirmar con alguna seguridad que ésta existe en todas las piezas.

Preparaciones preliminares.—Los dos factores más importantes que hay que considerar para evitar el fracaso de un curetaje completo realizado con una correcta técnica son: «Infección» y «Movilidad» del diente afectado.

La infección es correctamente prevenida con una cuidadosa eliminación de los depósitos tartáricos bucales en forma previa a toda intervención en la bolsa. Esto podría ser efectuado unas dos semanas antes del curetaje completo proyectado. Así como ha sido demostrado por Waerhaug («J. Period.», 26: 26; 1955), la formación de una red de fijación

(rete pegs) se reduce de tal manera a un mínimo y se forma una estrecha inserción epitelial con un mínimo de inflamación subyacente.

Para los que creen en la necesidad de la completa eliminación del epitelio para asegurar la re inserción, este paso preliminar es de gran valor, ya que no solamente reduce la inflamación, sino también la cantidad de epitelio presente, así como también las redes de fijación.

Un simple desgaste selectivo puede ser suficiente cuando la movilidad es muy escasa; pero en muchos casos se debe efectuar la inmovilización por alguno de los métodos usuales.

La técnica del curetaje completo.—Los objetivos son los siguientes:

- a) Remoción de todo el cemento y algunos depósitos si está desvitalizado.
- b) Remoción de todo el epitelio de la bolsa.
- c) Protección de la cubierta sanguínea que se ha de formar.

Técnica del autor: El autor está de acuerdo con Carranza («J. Period.», 25: 727; 1954) en el uso de la penicilina, pero prefiere administrarla parenteralmente como 300.000 U. de penicilina procaína al comenzar la operación. La decisión del procedimiento de usar: «cureta a ciegas» o ganar acceso por medio del colgajo está basada en la facilidad o dificultad con la cual puedan ser alcanzadas todas las zonas a ser tratadas. En general, el curetaje «ciego» es empleado para bolsas aisladas, fácilmente accesibles y relativamente poco profundas, así como también circunscriptas y la operación a colgajo para todos los casos opuestos. Se usan aplicaciones de una solución alcalina de hipoclorito-Cl. libre 5,0 por 100 más HO K 7,5 por 100, tal cual es indicada por Box. Los depósitos parduzcos de consistencia gelatinosa que se forman al aplicar esta solución cáustica son removidos con una cureta roma y aplicaciones de ácido cítrico al 10 por 100.

Se procede entonces a eliminar en su totalidad el cemento enfermo, usando azadones y curetas. El autor usa escaladores fabricados en acero al tungsteno y diseñados por Waerhaug.

Estos instrumentos son muy agudos y cortantes, mantienen su filo por mucho tiempo y además las dimensiones de sus hojas son apropiadamente pequeñas. Waerhaug («J. Period.», 25: 281; 1954) ha puesto de manifiesto lo inapropiado de muchos instrumentos *standard* para el curetaje a ciegas, debido al gran tamaño de sus hojas. Con estos instrumentos es posible remover el cemento rápidamente. Muchos autores, in-

cluyendo Becks en el presente artículo, prefieren remover solamente las capas superficiales de cemento necrótico y respetar el cemento de inserción.

Esto no es considerado práctico y en algunos casos podrían dejarse algunos cálculos por debajo como ha demostrado Zander («J. Period.», 24: 16; 1953).

Una forma común de fijación de cálculos a la raíz es ocupando áreas reabsorbidas del cemento; es por esta razón que el acceso visual que ofrece la operación a colgajo constituye una ventaja y es utilizado para la remoción total del cemento.

Curetas apropiadas—el autor usa las diseñadas por Mc Call—son introducidas y entonces se termina de remover los restos de tejido de granulación y epitelio de la bolsa que quedaron después de uso del hipoclorito. Tanto para remover cemento o curetear los tejidos blandos de la pared de la bolsa, las curetas deben ser completamente agudas y afiladas, y como ha expresado Becks, son necesarios dos juegos de instrumentos para tejidos duros y blandos, respectivamente. Waerhaug («Odont.», Tidskrift 60: Suppl. I, 1952) afirma: «La remoción del epitelio de la bolsa, cuando éste queda, debe ser considerada condición «sine qua non» para obtener una reinserción después del curetaje, y Cross está en completo acuerdo con él.

No se considera aquí un intento que describen Chaikin y col. («J. Period.», 25: 240; 1954) para remover la inserción epitelial por medio del curetaje 2-3 milímetros por debajo de la base de la bolsa, y confirmado posteriormente por Ramfjord («J. Period.», 25: 167; 1954).

El coágulo que se forma es protegido con la colocación de una hoja de estaño de manera de cubrir completamente la boca de la bolsa existente y sobre él se empaqueta cemento quirúrgico. Por una semana no se efectúa ninguna maniobra y durante ese período el paciente recibe durante tres días penicilina por vía paraenteral.

Después de la remoción del cemento y el estaño, el paciente es instruido en el uso suave y cuidadoso de estimuladores interdentarios de madera (palillos escarbadiantes) para mantener limpia el área. No se efectuarán exploraciones de las bolsas por lo menos durante un mes.

Resultados.—Algunos resultados histológicos han sido comunicados en un artículo del profesor Becks. Además, Zander («J. Period.», 24: 16; 1953) ha demostrado dos tipos de reinserción: epitelial y conectiva.

Muchos autores han demostrado la evidencia radiográfica de formación de nuevo hueso, que podría aparecer como una reinserción. Donde

una sustancia radiopaca demostró una bolsa intraósea con pérdida de hueso hasta un cierto nivel, después del tratamiento el hueso es regenerado y una nueva lámina dura se observa radiográficamente. El más fino de los exploradores o las tirillas de acero de 0,5 milímetros de Waerhaug sólo pueden ser introducidas hasta un milímetro más o menos. Es dificultoso explicar estos hallazgos de otra manera que no sea hablando de una reinserción.

En conclusión, el autor llamaría la atención en ciertos puntos acerca de la presencia de una evidencia clínica y radiográfica de reinserción. No es frecuente observar material histológico, pero esa evidencia clínica y radiográfica será convincente a condición de que:

a) Las mediciones sean efectuadas cuidadosamente, partiendo de un punto de referencia. Este punto de referencia puede ser alguna particularidad anatómica, la unión esmalte-cemento, si es accesible, o una pequeña marca efectuada exprofeso.

b) Dondequiera se encuentren las bolsas intraóseas, sean usadas puntas metálicas apropiadas al caso y calibradas (ver Hirshfeld), antes y después del tratamiento.

RESUMEN

El autor, discutiendo uno o dos puntos acerca de sus diferentes concepciones a las expresadas en el artículos del profesor Becks, concluye que la inserción epitelial al esmalte a fin de cuentas debe ser muy débil o es extremadamente fácil producir en ella desgarros epiteliales.

El término «curetaje completo» es sugerido para indicar la remoción por medio de instrumentos de los depósitos radiculares, tej. de granulación cementario y epitelio de la bolsa, en contraposición del «curetaje simple», que es la remoción de los depósitos solamente.

El completo curetaje, ya a ciegas o con la ayuda de una operación a colgajo, es indicado para la reinserción especialmente en el caso de bolsas intraóseas, incluyendo abscesos periodontales. Preliminarmente se lleva a cabo un cuidadoso curetaje simple, dos semanas antes conjuntamente con un desgaste selectivo e inmovilización si es necesario.

Un cuidadoso curetaje preliminar simplifica el curetaje completo siguiente, por reducción de la delgadez del epitelio de la bolsa y en particular de la red de fijación (*rete pegs*) y la inflamación crónica.

El curetaje completo, como ha sido descripto anteriormente, es efectuado bajo la protección de la penicilina y la solución de hipoclorito se usa para ayudar a eliminar el epitelio. El coágulo sanguíneo es preser-

vado cubriendo el área con una hoja de estaño y empaquetando entonces cemento quirúrgico; apósito que se deja en su sitio una semana. Se aplica penicilina por vía paraenteral durante los tres días subsiguientes a la operación (300.000 U.).

Se hacen sugerencias acerca de los registros clínicos y radiográficos que pueden tener valor en la afirmación de una reinserción.

(Trad. J. Monteverde, *per* «Coop. Dent.», n.º 142.)

**La Encomienda con Placa de la Orden Civil de Sanidad, al
Presidente del Colegio de Odontólogos de la VII Región,
doctor Juan de Arostegui y Barbier**

Don Juan de Arostegui y Barbier, desde su presidencia ha acometido los problemas colegiales con la mayor fortuna.

Nuestro Presidente nació en Guernica el día 3 de marzo de 1899, estudió el Bachillerato con los Agustinos y se matriculó en la Facultad de Medicina de Valladolid, graduándose a los veintitrés años, y ejerciendo en la Puebla de Bolívar (Vizcaya) para ir en seguida a la Escuela de Odontología de Madrid, y regresar a Bilbao para dedicarse a la Odontología.

En 1925, contrajo matrimonio, y desde entonces compartió la Odontología y la pintura, siendo la pintura expresión de sus sentimientos más íntimos. Su pintura es siempre personal y amable, con dotes de organizador, pues fundó en 1940 la Asociación Artística Vizcaína, de la que fué primer Presidente. Fundó también la Agrupación de Acuarelistas Vascos, siendo Presidente desde su fundación, y el «Boletín Informativo de Arte».

Como odontólogo, fué Vicepresidente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao y Presidente del Colegio de Odontólogos de la VII Región desde marzo del año 1953. El año pasado fué objeto de un homenaje en unión de don Juan Larrazábal, siendo objeto de distinción especial del Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España. Organizó y presidió la III Reunión de la Sociedad Española de Ortodoncia y I Jornada de Confraternización Odontológica Franco-Española, de éxito pleno.

Sus campañas sobre profilaxis de la caries e higiene bucal transformando su ayuda en cepillos de dientes y tubos de pasta dentífrica que se reparten a los niños pobres, son bien conocidos. Sus conferencias de divulgación odontológica, sus aportaciones científicas en congresos y revistas profesionales, le califican como reputado profesional.

Aprovechamos esta oportunidad para enviar al doctor Juan de Arostegui, nuestro amigo y colaborador, nuestra felicitación más cariñosa y sincera, que con la concesión de tan alta distinción ve así reconocidos oficialmente sus méritos profesionales y colegiales.

Glándulas salivales.—Rauch.—«Schw. med. Wschr.», 27-771-1956.

Su fisiología y patología interesa profundamente al internista, odontólogo, cirujano, etc.

La complejidad de las afecciones resalta en la tabla siguiente:

Primaria, no inflamatoria.—Primordialmente por causas: a), alérgicas; b), hormonal; c), afección deficitaria; d), neurógena.

Primaria inflamatoria.—1. Parotitis epidémica; 2. Infecciones específicas (tuberculosis, actinomicosis, lúes); 3. Inflamaciones secundarias ascendentes (todas las bacterias de la flora bucal).

Los siguientes síndromes y enfermedades podrían ser coordinados a los cuatro grupos principales:

Predominante componente alérgico.—1. Síndrome de Mikulicz (reticulosis epiteloidecelular, por ejemplo, Bernier Boeck-Schaumann, como afección principal), con síndrome de Heerford incluido. Eventualmente, larvadas histoplasmosis, actinomicosis y otras enfermedades por mohos. 2. Síndrome de Sjögren (afección principal reumática): forma localizada óculo-salivatoria; forma generalizada del tracto aero-digestivo; eventualmente complicada con enfermedad generalizada del colágeno. 3. Alergias esporádicas de las glándulas salivales por áscaris, fiebre del heno (raras), endoalérgenos (reumatismos, focales-dientes, tonsilas).

Predominante componente hormonal.—1. Hormonas sexuales; hinchazón en embarazo, lactación, menopausia, pubertad, hipogenitalismo, menstruación, infecciones de los órganos sexuales. 2. Hormona tiroidea, hipotiroidismo, mixedema, tireogena. 3. Hormonas hipofisis suprarrenales, Morbus Cushing, parotitis postoperatoria, hinchazón submandibular senil, marasmo. 4. Hormona insular, en combinación con otras afecciones hormonales deficitarias.

Primordialmente componente neurógeno.—1. Síndrome A. O. P. (Adiposidad diencefálica, oligomenorrea y parótida-hinchazón) (Rauch). 2. Adiposidad centrógena. 3. Encefalitis (con ptialismo). 4. Distrofias centrales (Parkinson). 5. Simpatalgias faciales: Eritroprosopalgias (Birg). Síndromes de Sluder, de Carlin y de Rebel.

Primordialmente afecciones deficitarias.—1. Kwashiorkor. 2. Mangy. 3. En prisioneros, penados, hambrientos. 4. En anemias, leucemias, agranulocitosis. 5. En avitaminosis (B-complejo C, A.). 6. Sjögren en seniles. T. Gálvez. («B. M. I.», 12.076.)