

Conocimientos fundamentales en paradentosis

por los

DRES. JOSÉ R. O. VIGLINO Y A. J. BELLINOTTO

El órgano donde se asientan las lesiones paradentósicas está constituido por el diente, alvéolo, periodonto y encía, y denomínase *paradencio*, diferenciándose dos: uno llamado el *paradencio de protección* constituido por la encía, y otro, el *paradencio de inserción*, formado por el hueso de sostén, el periodonto y el cemento.

El límite entre ambos *paradencios* está indicado por fibras periodónticas que van desde el diente hasta la cresta alveolar, a la cual cubren a la manera de un poncho.

Para interpretar mejor el proceso patológico de la "lesión piorreica" pasaremos una rápida revista. Recordemos que, cuando la calcificación del esmalte está terminada, el diente erupciona y disocia la barrera epitelial que se abre para dar paso a la corona dentaria, formándose entonces un rodete que circunda la totalidad de la corona erupcionada.

Esta adherencia epitelial desciende a medida que la erupción dentaria progresa, deslizándose el epitelio de inserción sobre la superficie del esmalte hasta alcanzar el cuello del diente.

Según Gottlieb, Weski y Erausquín, esta adherencia puede sobrepasar el cuello dentario hasta en unos dos milímetros, formándose una pequeña bolsa que en este caso será fisiológica; cuando un traumatismo o un proceso inflamatorio injuria esta adherencia, entonces aparecerá la llamada "bolsa patológica", que se instalará en la porción de fibromucosa que forma una papila saliente insertada por su base en el diente y en la cresta alveolar, y constituida por un corion fibroso y un revestimiento epitelial (Erausquin).

El revestimiento epitelial de esa papila pertenece al tipo pavimentoso estratificado, es queratinizado y no tiene submucosa; de ahí su color rosa pálido.

Es en esta cresta o papila donde se distinguen dos vertientes: la externa, que es visible y que se continúa con el resto de la mucosa bucal, la interna, que se extiende hasta el fondo de la bolsa fisiológica.

En el seno de este tejido paradencial se encuentran corpúsculos retículo histiocitarios cuya función es la de fagocitar partículas extrañas: restos celulares, elementos sanguíneos y microorganismos, ayudando así a los trabajos de reparación que deben producirse constantemente, puesto que es objeto de ataques exteriores constantes y sirve de abrigo a los agentes de la abundante y copiosa flora microbiana bucal que se resguardan allí de la limpieza mecánica.

Paradencio de inserción

Los elementos primordiales son las fibras periodónticas, son fibras colágenas (no son elásticas), pero confieren elasticidad al diente debido a su disposición radial, manteniendo a la raíz dentaria como suspendida dentro del alvéolo. Estas fibras se distribuyen entre el cuello del diente y su ápice, y el hueso alveolar, y han sido agrupadas, según Orban, Ballbé, Carranza y Erausquin, en fibras crestodentales horizontales, oblicuas y apicales, y cuyo nombre indica su recorrido.

Su robustez depende de la intensidad de la función masticatoria, permitiendo un ligero movimiento al diente. Erausquin ha dicho que este paradencio es el guardián de la soberanía dental, puesto que si desaparecen las fibras crestodentales, desaparecen la cresta ósea y el cemento a esa altura.

Clasificación de las parodontosis

Pueden distinguirse dos tipos fundamentales de parodontosis: el inflamatorio y el degenerativo o distrófico.

En el primero, el orden de los trastornos clínicos va de fuera hacia adentro, sufriendo el proceso gingival el primer ataque con formación de la "bolsa" y apareciendo, por último, la movilidad dentaria.

En tipo degenerativo o distrófico, los términos se invierten y sorpresivamente aparece la movilidad del diente con migración, cambio de posición y formación del diastema, y como consecuencia de la migración y cambios de posición dentaria, aparece una desarmonía en la relación ocluso-articular.

Microbiología

En una boca normal se encuentra un variado y abundante polimicrobismo, el cual está en relación con el estancamiento y fermentación de los detritus alimenticios y células epiteliales descamadas, unido todo

esto a la temperatura bucal y a la humedad ambiente, las que son óptimas para el desarrollo microbiano, todo lo cual califica a la cavidad oral como un medio de cultivo ideal. Cuando estas partículas alimenticias o esos restos de descamación de la mucosa bucal quedan detenidos en zonas protegidas de la limpieza mecánica (acción del cepillo de dientes), o fisiológicas (acción de los movimientos masticatorios, musculares o linguales), esas partículas entran en fermentación o en putrefacción; y coadyuvan así al desarrollo de la flora oral normal en la cual se encuentran cocos aislados, Gram positivos y Gram negativos, *Diplococcus*, *neisseria catarrhalis*, *Micrococcus tetragenus*, *Sarcinas*, *Staphylococcus*, *Streptococcus*, Bacillos Gram positivos y Gram negativos, *Spirillum sputigenum*, *Treponemas* y *Leptotrichia buccalis*.

Más arriba hemos visto que la "bolsa" no siempre es precoz; es decir, que el síntoma supurativo se observa a veces en un período avanzado y secundario del proceso (caso de la paradentosis distrófica) y en otros casos es casi inmediata a la instalación de la enfermedad (caso de la paradentosis inflamatoria). Esta bolsa es entonces invadida por la saliva, restos alimenticios y exudados consecutivos al proceso inflamatorio, además por la numerosa flora bucal aerobia y anaerobia, estableciéndose así el síntoma supurativo y justificándose entonces el nombre de "piorrea".

Esta infección polimicrobiana se encuentra en los primeros estadíos en el interior de la bolsa para luego ir ganando la profundidad del hueso.

En el interior de un saco paradentósico cambia en parte el contenido bacteriano. *Leptotrichia buccalis* es menos abundante; aumentan los cocos Gram positivos y Gram negativos, las formas fusoespirales, los leucocitos polimorfonucleares y los restos de descamación epitelial. Entre los cocos podemos mencionar: *Streptococcus viridans* y *salivarius*, *Staphylococcus aureus* y *albus*, *Neisseria catarrhalis*, *Micrococcus tetragenus*, *Diplococcus pneumoniae*, *Escherichia coli* y *Diplococcus*. Entre los bacilos el filamentosos, formado por hilos en fascículos, el pseudo diftérico o difterioide, que se diferencia del *Corinebacterium diphtheriae* por no ser patógeno, por su origen y por su forma de cultivo.

Bacterium Plauti-Vincenti. El de Plauti Grande: en forma de huso y móvil merced a sus cilias grandes y múltiples. El de Vincenti también en forma de huso, pero inmóvil, por carecer de cilias, presenta en su protoplasma granulaciones cromáticas.

Las variedades de *Treponemas*, entre las que se hallan el *Treponema macrodentium*, el *microdentium* de Koch (vecino morfológicamente al *treponema pálido*) y el *mucosum*.

Entamoeba gingivalis, es un protozoario presente casi siempre en la boca; su tamaño es mayor que un glóbulo rojo. Está constituido por dos partes fácilmente diferenciables: endoplasma y ectoplasma. El endoplasma contiene vacuolos no contráctiles, llenos de bacterias ingeridas, restos alimenticios y fragmentos de glóbulos blancos con los cuales se nutre. Núcleo excéntrico y esférico. A veces presentan pseudopodios que le dan movilidad.

Finalizaremos este trabajo diciendo con Rey Millares: "Si bien los microorganismos no tienen en el concepto moderno intervención fundamental en la génesis de la paradentosis, es innegable que la flora oral normal altera su constitución con características definidas y que la gravitación en el desarrollo de la enfermedad, a pesar de ser secundaria, es real y de importancia.

El conocimiento íntimo de la microbiología de la paradentosis contribuye a una mejor comprensión de esa entidad patológica y colabora para la solución del problema planteado por la enfermedad." (per *Trbna. Odntlgca.*, 256, 1951.)

BIBLIOGRAFIA

Erausquin, R., y Carranza, F. A.—Primeros hallazgos paradentósicos.

Carranza, F. A.—Reimplantación y transplante en paradentosis. *Rev. Odont.* Marzo, 1947.

Pucci, F. M.—Paradencio.

Revista Sociedad Argentina de Paradentosis.

Appleton.—Bacterial Infection.

Skillen and Mueller.—Epithelium and Physiologic Pocket. *Journ. Am. Dent. Assoc.* Julio, 1927.

Gottlieb, B.—What is a Normal Pocket. *Journ. Am. Dent. Assoc.* Julio, 1927.