

° UNA REVISION DE LAS ENFERMEDADES PERIODONTICAS

por

M. Monte Bettma, D. M. D., F. A. C. D.

Las enfermedades de los tejidos blandos de la cavidad oral constituyen uno de los grupos más importantes de estados patológicos con los que el dentista puede tropezar. Estos estados son más predominantes que las caries y tan importante para la salud como cualquier enfermedad del resto del organismo.

Desgraciadamente, los dentistas, por lo general, dominan los diagnósticos precoces en encontrar cavidades y áreas en las que puedan colocarse dientes. Aunque esta fase de la dentistería es importante, el profesional, en general, debe concederle aún más importancia a la salud del periodonto y de los tejidos que sujetan los dientes. No debe hacerse ningún trabajo de restauración, a menos que los tejidos que han de soportarlos se hayan colocado en unas condiciones de salubridad que asegure al trabajo contra los fracasos.

Los esfuerzos odontológicos deben ser dirigidos hacia la prevención de las enfermedades, tanto de las estructuras duras como de los tejidos blandos, así como su corrección después de que la enfermedad ya se ha presentado. Cuando las medidas terapéuticas han fracasado o bien cuando por negligencia se ha dado lugar a la existencia de la enfermedad, las medidas terapéuticas se imponen.

Las enfermedades periodónticas, si se diagnostican en su incipiente y son apropiadamente tratadas, son fácilmente curables. Unicamente en aquellos casos en que el tratamiento apropiado se ha demorado es cuando la afección se complica y

se hace el tratamiento más difícil, lo cual obliga a entregar el caso a un especialista periodontólogo. Es importante, sin embargo, que el dentista familiar, el cual es el encargado de ver a intervalos más o menos regulares a sus pacientes, haga los diagnósticos diferenciales precozmente e instituya el apropiado tratamiento para la mejoría del correspondiente estado patológico.

Las enfermedades periodontales, que deben ser familiares en su conocimiento a todos los dentistas, son: recesión gingival, gingivitis, infección de Vincent y periodontoclasia.

Recesión gingival.—La recesión gingival ha sido dividida en tres tipos diferentes: atrófica, abrasiva e inflamatoria.

1.º *Recesión gingival atrófica.*—Este estado, que es debido a un desgaste de la cresta alveolar, se extiende siempre uniformemente a toda la boca. Su tratamiento consiste en evitar la pérdida de los tejidos con la subsiguiente recesión. La limpieza oral debe ser mantenida con apropiado cepillado de los dientes de tal manera practicado que se obtenga una estimulación de los tejidos. Es preciso, además, amplios cuidados profilácticos, llevados a cabo a intervalos regulares.

2.º *Recesión gingival abrasiva.*—Este estado se encuentra generalmente sobre las superficies labiales y bucales de los dientes; sobre las superficies linguales el tejido gingival está en relaciones normales. Este tipo de recesión está causado generalmente por un cepillado inapropiado. Su tratamiento consiste en instruir adecuadamente al paciente sobre el método conveniente de cepillarse los dientes y en corregir cualquier oclusión traumática que pueda presentarse. En ninguno de los dos casos anteriores puede ser reemplazado el tejido destruido, pero un cuidado apropiado evitará mayores pérdidas.

3.º *Recesión gingival inflamatoria.*—Este tipo difiere de las formas anteriores en que va acompañado de fenómenos inflamatorios que dependen del proceso de enfermedad. La formación de bolsas y supuración se presentan generalmente. El tratamiento consiste en determinar si la causa es la infección de Vincent, la gingivitis o la periodontoclasia y dar los pasos necesarios para corregir la condición causal.

Gingivitis.—Es la inflamación de la encía. Los síntomas

precoces son el enrojecimiento y la tendencia a la hemorragia de los tejidos gingivales. Este estado es generalmente causado por una irritación tal como la oclusión traumática; la presencia de coronas u obturaciones defectuosas o de tártaro; los impactos alimenticios debidos a pérdida de los puntos de contacto de los dientes o a falta de limpieza. En otras palabras, cualquier causa que pueda ocasionar una disminución de resistencia de la encía puede ser origen de la enfermedad. Debe ser recordado que la encía normal es de color rosa, y cualquier desviación de esta coloración debe ser inmediatamente observada al objeto de esforzarse en buscar su etiología. En su incipiente la gingivitis no acusa la presencia de pus y el paciente no siente la necesidad de reclamar los auxilios del profesional. Es deber de todo profesional el reconocer precozmente este estado anormal y de informar al paciente de su existencia. El tratamiento en este estado consiste en la instauración de los más amplios cuidados, corrección de la oclusión traumática, la eliminación de todas las fuentes de irritación y de la corrección de los puntos de contacto defectuosos. Todos los depósitos existentes en los surcos gingivales deben eliminarse. El paciente debe ser instruído en el adecuado modo de cepillarse y demás cuidados caseros. Debe decirsele cómo hacer el cepillado de los dientes de una forma eficiente y debe inculcársele que la aplicación del cepillo es mucho más importante que el empleo de cualquier pasta dentrífica.

En las gingivitis precoces es donde el profesional debe fijarse mucho, porque es en ellas donde puede rendirle al paciente los servicios mejores con el menor esfuerzo; si los síntomas precoces de la gingivitis no se reconocen, abandonándose de esta forma la enfermedad a sus propias fuerzas, hay una lenta progresión del proceso patológico, hasta que finalmente llega la formación de la bolsa, con subsiguiente formación de pus, complicándose de este modo el tratamiento.

Infección de Vincent.—La infección de Vincent, vulgarmente denominada “boca de trinchera” (trench mouth de los ingleses), debe ser fácilmente diagnosticada por el dentista familiar. Esta afección debe ser fácilmente curada sin que haya necesidad de remitir al enfermo al especialista periodontólogo;

ahora bien, si el dentista no quisiera asumir la responsabilidad de tratar esta infecciosa y contagiosa enfermedad, no debe demorar el paso del paciente al profesional que dedique su tiempo a la curación de esta clase de enfermos. Esta enfermedad, que afecta principalmente a la encía y, sobre todo, al septum, y que empieza casi siempre en el tercer molar, puede estar asociada a la gingivitis y a la priodontoclasia o presentarse aislada.

Es característico, a una distancia mayor o menor del ataque inicial, la formación de una escara necrótica de los tejidos gingivales, la presencia de un aliento fétido que es siempre característico y la hemorragia, al más ligero contacto. Los principales puntos de diagnóstico son: una capa blanco-amarillenta en el borde de la encía afectada, la cual, cuando se levanta, deja una superficie sangrante; el mal gusto; quebrantamiento general; un ligero aumento en la temperatura y un olor muy característico, el cual, una vez notado, nunca se olvida.

La infección de Vincent es debida a la presencia del espiroqueto y del bacilo fusiforme conocidos respectivamente con el nombre de *Bacillus fusiformis* y *Borrelia vincenti*. Estos gérmenes, que pueden ser encontrados en casi todas las bocas, atacan solamente a los tejidos que han sido debilitados por otros gérmenes. Una boca bien cuidada en la que el tono de los tejidos sea elevado y en la que no haya áreas gingivales localmente irritadas no es apta para la invasión de esta enfermedad. Es evidente, pues, que el dentista debe proporcionar a su cliente tratamientos profilácticos regularmente periódicos, así como también enseñarle un eficiente cuidado doméstico de su boca.

Esta enfermedad es eminentemente contagiosa, y los enfermos afectados de ella deben llevar exquisito cuidado en no contagiar a otras personas. Este contagio puede efectuarse por contacto directo en el beso o por el empleo de vasos, cubiertos, etcétera, comunes.

El tratamiento consiste en el empleo de medicamentos que al liberar oxígeno desvitalicen los gérmenes responsables, por ser éstos anaerobios, y en el establecimiento de un alto nivel de limpieza bucal. El fumar, sobre todo cigarrillos, debe ser eliminado durante el tratamiento. Han sido preconizados numerosos medicamentos, tales como el perborato de sosa, peróxi-

do de hidrógeno, ácido crómico, nitrato de plata o colorantes de anilinas. Un método que ha dado excelentes resultados es el siguiente: Después del diagnóstico positivo, los dientes y las encías deben ser secados y después embadurnados con un algodón empapado en una mezcla compuesta de tintura de jabón verde, una parte; peróxido de hidrógeno, dos partes, y agua, tres partes; luego se pulverizan los espacios interdentarios con una solución diluída de peróxido de hidrógeno y se hacen enjuagues abundantes con agua. Todas las áreas afectadas deben ser tratadas con una solución al 5 por 100 de ácido crómico, colocando después dentro de la boca una cucharadita de polvo de peróxido de hidrógeno, haciendo juntar los labios y sosteniendo el peróxido y el ácido en el interior de la boca por un espacio de tres minutos. El tratamiento debe repetirse al día siguiente, y en la próxima visita puede ya procederse a la limpieza y raspado de los dientes, haciéndolo de tal modo que el operador esté completamente seguro de que todos los depósitos de tártaro hayan sido eliminados, bien rellenadas las cavidades y cualquier fuente de irritación que puedan presentarse. La eliminación de estas irritaciones es de capital importancia para el éxito del tratamiento de esta enfermedad.

En la primera visita se le debe recetar al paciente una solución del 1:2.000 de cloruro mercúrico en peróxido de hidrógeno para emplearlo diluído en iguales partes de agua como enjuague cada hora o cada dos horas. En la tercera visita se le deben dar instrucciones para los cuidados domésticos de la boca y la necesidad de mantener la limpieza oral por medio del apropiado cepillado de la boca.

Recientemente se ha tomado la costumbre, sobre todo por los médicos, de hacer el tratamiento de esta afección por medio de inyecciones intravenosas de neoarsfenamina, sin prestar ninguna atención al tratamiento local. Este método de tratamiento debe ser eliminado, porque aunque con esto se consigue la remisión de los síntomas agudos, como no termina de curar la enfermedad, es la causa de que se encuentren muchos casos de los llamados casos crónicos o subaguados de infección de Vincent.

Las extracciones u otras operaciones en la cavidad oral no

deben llevarse a cabo hasta que la enfermedad esté bajo la directa inspección y tratamiento.

Periodontoclasia.—La periodontoclasia o paradentosis, comúnmente llamada piorrea, es un proceso patológico que causa la destrucción de los tejidos que sostienen a los dientes. Este proceso ha sido durante largo tiempo el némesis de la profesión dental, pues durante este largo período, unas veces por negligencia en el diagnóstico precoz y otras por desconocimiento, estaba considerada como enfermedad que no podía ser curada, puesto que casi siempre era ignorada, hasta que se hacía necesario la extracción de los dientes. Debemos corregir esta concepción, demasiado extendida entre la profesión dental todavía. La periodontoclasia puede ser, y está siendo curada, si bien una vez curada los tejidos deben ser mantenidos en un estado de higiene apropiado, por medio de los cuidados domésticos dados por el enfermo y por el dentista. Lo mismo que ocurre en todas las enfermedades, el momento ideal para tratar la periodontoclasia es en su incipiente o, por lo menos, antes de que la enfermedad alcance su estado supurativo. En este momento, un amplio tratamiento profiláctico que incluya la eliminación de todos los irritantes, tales como depósitos de tártaro, trabajos restauradores mal manipulados y la corrección de la oclusión traumática, reducirá inmediatamente la inflamación y conseguirá que los tejidos vuelvan a la normalidad. Si los síntomas precoces de la periodontoclasia pasan desapercibidos y la enfermedad permanece intratada durante algún tiempo, llega la movilidad de los dientes y, por último, la pérdida de los mismos, con el consiguiente resentimiento de la salud del enfermo, debido a la absorción del pus procedente de las bolsas que rodean los dientes. Esto ocurre solamente cuando el apropiado tratamiento se dilata mucho en su establecimiento; cuando llegan a interesarse prácticamente todos los tejidos subyacentes a los dientes es cuando la enfermedad puede ser considerada como incurable.

El dentista debe estar siempre alerta para detener la periodontoclasia y debe ser capaz de hacer un diagnóstico precoz. Los principales síntomas son la inflamación de la encía, la absorción del proceso alveolar, con o sin recesión de la encía,

la formación de bolsas y de pus y la movilidad de los dientes. En los estados precoces pueden faltar uno o varios síntomas. De todos estos síntomas la formación de las bolsas es la que debe ser considerada como característica. Muchos casos de periodontoclasia, al primer examen pueden pasar como meras gingivitis, aunque a una observación más atenta la formación de bolsas, aunque sean pequeñas, deben ser notadas, lo cual nos da la certeza de su diagnóstico. La movilidad de los dientes y la supuración con frecuencia no se presentan hasta los estados más avanzados de la enfermedad.

Los factores etiológicos más comunes son la presencia de depósitos de tártaro, la falta de limpieza, los impactos alimenticios, la mala terminación de rellenos y coronas, la oclusión traumática y probablemente la deficiencia nutritiva. La oclusión traumática, en cuanto se presente, debe ser corregida, así como también corregidas las deficiencias de rellenos o prótesis; deberán ser eliminados todos los depósitos de tártaro y de material séptico de los cuellos y de las raíces de los dientes. Por último, que es lo de mayor importancia, se debe proceder a un concienzudo raspado de las superficies radiculares afectas.

Han sido ideados muchos métodos de tratamiento por los diversos autores para la eliminación de la infección y para conseguir la obliteración de las bolsas. Estos pueden reunirse en dos grupos principales: el conservador y el radical. El primero se basa en el raspado o curetaje subgingival, mientras que el segundo prefiere los métodos quirúrgicos, tales como la gingivectomía o la operación de Newman. Cualquiera que sea el procedimiento empleado, el objeto de ellos es la eliminación de la infección y la obliteración de la bolsa. Algunos periodontólogos emplean un solo método; algunos otros utilizan los dos, dependiendo la elección de ellos del caso a tratar.

Para el práctico, en general, que desee tratar estos casos, y especialmente cuando son casos incipientes, nosotros le aconsejaríamos siempre que emplease el método conservador, porque es el que reduce al mínimo la destrucción de los tejidos y porque, apropiada y minuciosamente empleados, restituyen al estado normal a los tejidos.

Para este método de tratamiento puede emplearse el tipo de raspador o el de cucharilla, pues los dos producen la misma eficiencia cuando son empleados de modo a propósito. El número de instrumentos oscila de unos quince a veinte. El tipo de instrumentos no importa tanto como su modo de aplicación. Para el raspado subgingival muy pocas veces es necesaria la anestesia, pudiendo eliminarse todos los depósitos, tanto de sarro como de material séptico, con muy poca molestia para el enfermo. La destreza necesaria para esta clase de trabajos puede ser adquirida por cualquier dentista que esté suficientemente interesado en adquirirla. Para el profesional que no esté muy ducho en esta clase de tratamientos será preferible empezar a tratar los casos menos avanzados, y hasta que no obtenga en ellos resultados apetecidos no deberá atreverse con los casos más avanzados.

Puede hacerse la afirmación rotunda de que los medicamentos no tienen sitio alguno en el tratamiento de la periodontoclasia. El objetivo principal a llenar es la eliminación de todos los factores etiológicos de la enfermedad, siguiendo a esto el conseguir el relleno de la bolsa de una capa de sangre. La intrucción de medicamentos dentro de la bolsa piorreica recién raspada destruye esta capa sanguínea. Ni en la actualidad, ni seguramente nunca, habrá medicamentos cuya sola aplicación baste para curar la enfermedad. Nosotros hacemos hincapié en este aserto, porque hay muchos dentistas que se empeñan en curar la periodontoclasia por el fácil método de emplear medicamentos cuyos fabricantes han preconizado su empleo como panacea exclusiva para curar esta enfermedad.

Cada dentista puede ayudar a la prevención de esta importante enfermedad instruyendo a sus pacientes en los cuidados domésticos de la boca y educando en la necesidad de que tengan cuidados profilácticos periódicos y de que lleven un régimen dietético adecuado. Hasta que este último punto no sea más conocido, la primacía en la atención debe concedérsele a la higiene. Las medidas profilácticas a que antes aludíamos consisten en la remoción de todos los depósitos de los cuellos y de los surcos gingivales dentarios, que es bastante más importante que el pulido de las superficies expuestas. El cepi-

llado de los dientes debe ser enseñado de forma que al mismo tiempo que haga la limpieza dentaria sirva de estímulo a la encía. Este cepillado se debe llevar a cabo con un cepillo de cerdas finas, forzando a las terminaciones de estas cerdas, para que penetren en los espacios interproximales no solamente para limpiarlos, sino también para estimular el septum gingival; esta limpieza debe ser hecha por lo menos dos veces al día y durante varios minutos cada vez.

Leucoplasia.—Otro estado patológico que debe ser diagnosticado en cuanto se presente, y que es mucho más frecuente de lo que se cree, es la leucoplasia. El dentista, cualquiera que sea la rama a que se dedica con especialidad, debe reconocer esta afección de un modo precoz. Generalmente se presenta en una edad mediana y se caracteriza en sus estados precoces por un perlado blanquecino extendido sobre la mucosa de los carrillos y de la lengua. Cuando la enfermedad progresa, estas placas, que al principio son delgadas, se engruesan y se cornifican. La boca tiene en este momento el aspecto de una quemadura con fenol. No hay dolor ni molestias, y a menos que estas lesiones no sean descubiertas por el dentista, llega un momento en que las placas se rompen y ulceran, transformándose en una real amenaza para la salud del enfermo. Esta afección no se presenta casi nunca más que en aquellas personas que utilizan el tabaco, por lo cual el profesional debe hacer un gran hincapié en conseguir el abandono de éste o de cualquier otro irritante que se use cuotidianamente en esta clase de enfermos. Estos deben permanecer durante mucho tiempo bajo el control del profesional, a fin de conseguir que esta afección no se vuelva maligna, cosa que ocurre con mucha frecuencia en los casos abandonados.

Conclusión. — Todas estas enfermedades del periodonto pueden, en una gran mayoría, ser evitadas. Como dentistas, nosotros somos responsables de la salud de la boca de nuestros pacientes. En el complejo de esta responsabilidad no deben ser únicamente los dientes los elementos de interés, puesto que el periodonto y las estructuras que soportan los dientes deben merecer la misma atención. En la práctica concienzuda de la odontología, la cavidad oral debe ser considerada en su totalidad,

y los esfuerzos del profesional deben ser dirigidos mejor a la prevención de las enfermedades que a su curación.

Cuando el paciente llegue a nuestra consulta para su examen debe hacerse una amplia inspección de la boca completa. Todas las cavidades deben ser reseñadas, así como cuidadosamente examinados todos los tejidos blandos para observar cualquier cambio en su color o en aspecto. Los tejidos blandos que deben ser examinados son: las encías, la membrana mucosa bucal, lengua, paladar y labios, etc. Al primer signo de anormalidad, la etiología debe ser cuidadosamente estudiada y tomar las medidas necesarias para corregir esta afección. Por la remoción de todos los factores etiológicos en su estado precoz, la mayor parte de las enfermedades del periodonto pueden ser evitadas.

La prevención y el tratamiento de las enfermedades periodónticas es incumbencia de la profesión dental íntegra y no debe dejarse sólo en manos de los periodontólogos. Cuando la enfermedad sea descubierta y el práctico general no se sienta con fuerzas o con conocimientos para asumir la responsabilidad de la curación del enfermo, debe remitir al enfermo a un especialista. La confianza del paciente por esto no ha de disminuir, sino que comprenderá que el interés del profesional ha sido el del enfermo, y, por tanto, esto ha de ser apreciado. Cuando el caso ha sido descuidado y el paciente no ha sido apropiadamente informado o no ha sido instituido el conveniente tratamiento es cuando esta confianza del enfermo deberá perderse.

Terminamos haciendo hincapié sobre la importancia del reconocimiento precoz de estas afecciones periodónticas, y repetimos que, si no todas, la mayor parte de ellas pueden ser evitadas o prevenidas.—A. PASCUAL.

(J. A. D.—D. C. 24-1.)