

ESTUDIOS PARADENTALES

por el

Prof. Oskar Weski

I

Representación gráfica del cuadro paradental

EN la práctica paradental se dispone para dictar el pronóstico del caso que se nos presente, así como para establecer el tratamiento, de la directa observación del estadio de la enferme-

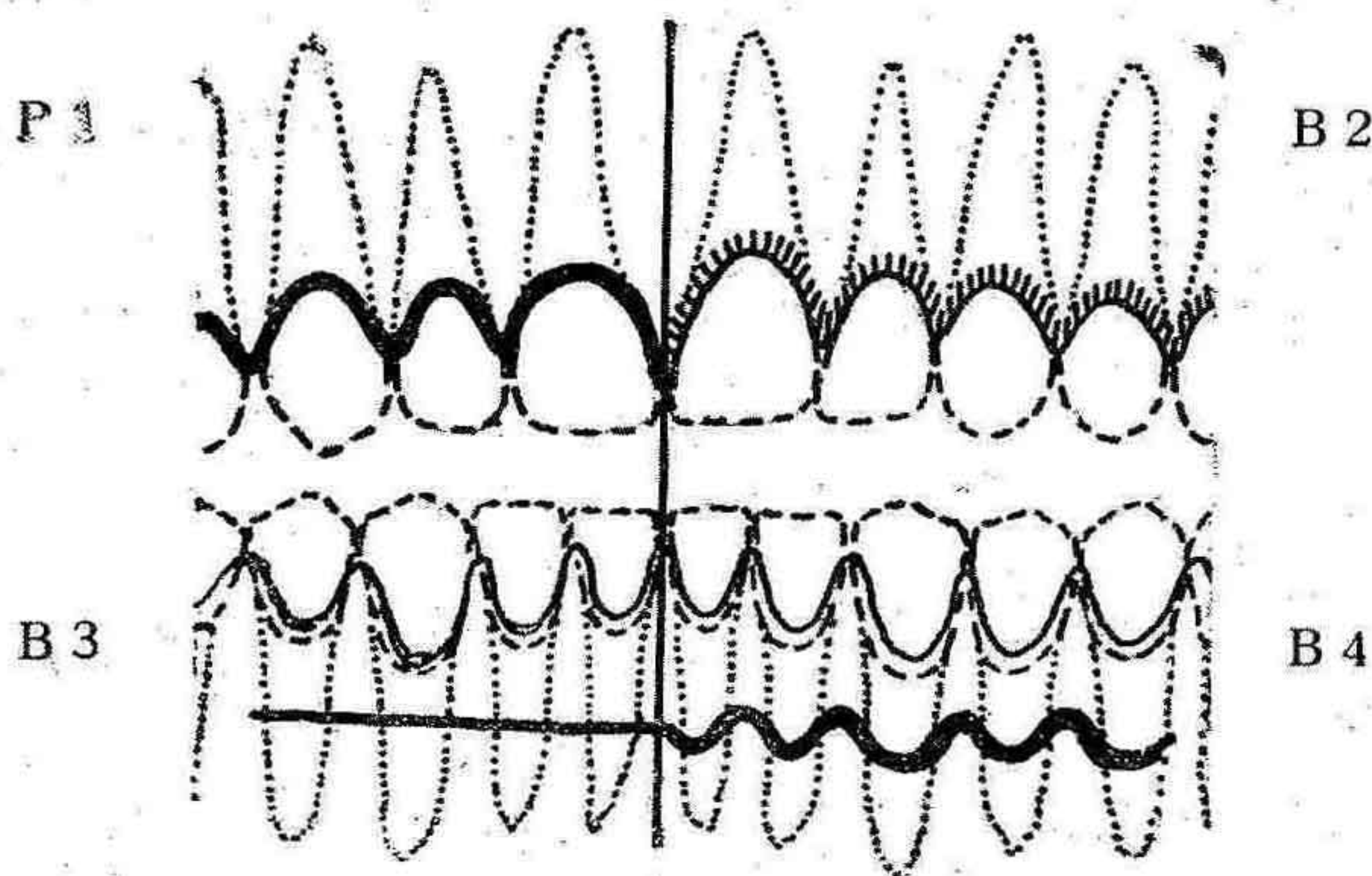


Fig. 1.—B 1 Representación gingival normal.
B 2 Encía inflamada, marginal simple.
B 3 Atrofia lineal (Glatte atrophie) sin inflamación.
B 4 Atrofia difusa (Arkaden atrophie) sin inflamación.

dad paradental, es decir, en el momento que vemos el enfermo.

Sin embargo, esto sólo no ofrece, para la investigación científica—y especialmente para la valoración del objetivo control y en relación con las medidas profilácticas o terapéuticas—suficiente fundamento.

Dentro de estas posibles divergencias del cuadro paradental debemos considerar no sólo la atrofia y la inflamación, sino la hipertrofia cuyo cuadro interesa marginalmente el paradentio.

Este "cuadro paradental", como nosotros lo calificamos, muestra en todo caso, para los no especializados, una imagen muy confusa; el que la atrofia y la hipertrofia se aparten del estado normal de la encía, demuestra con su localización y con su diversidad tal cúmulo de variantes que unidas a las distintas posibles fases de inflamación las hacen aún más complicadas.

El comienzo del "cuadro paradental" es difícil de precisar, tanto como determinar cuándo comienza el estado atrófico, hipertrófico o inflamatorio o precisar nominalmente sus estadios consecutivamente, como vamos a pretender:

A. *Formas atróficas.*

- I. a) (continua) Atrofia difusa.
- b) (íd.) Atrofia lineal.
- c) (aislada) Atrofia vestibular o lingual.
- d) (íd.) Atrofia interdental.
- II a) del fondo de saco (interdental, vestibular o lingual).
- b) Interdental (nicho gingival).

B. *Formas hipertróficas*

- a) (continua) Hipertrofia marginal.
- b) (aislada) Hipertrofia vestibular o lingual.
- c) (íd.) Hipertrofia interdental.
- 1) forma inflamatoria.
- 2) íd. fibrosa.
- 3) papilas secundarias.

C. *Formas inflamatorias.*

- I. de localización marginal.
- a) (continua) marginalis.
- b) (aislada) vestibularis o lingualis.
- c) (íd.) interdentalis.

II. de localización alveolar.

- a) Forma difusa.
- b) id. lineal.

D. Grados de inflamación.

- 1. Simplex (enrojecimiento).
- 2. Cianótica (coloración azulada).
- 3. Erosiva (edematosa, inflamación con superficie erosiva).
- 4. Ulcero-necrótica (decoloración amarillento p a r -
duzca).

Considerando, pues, el conjunto, no se trata, de ninguna

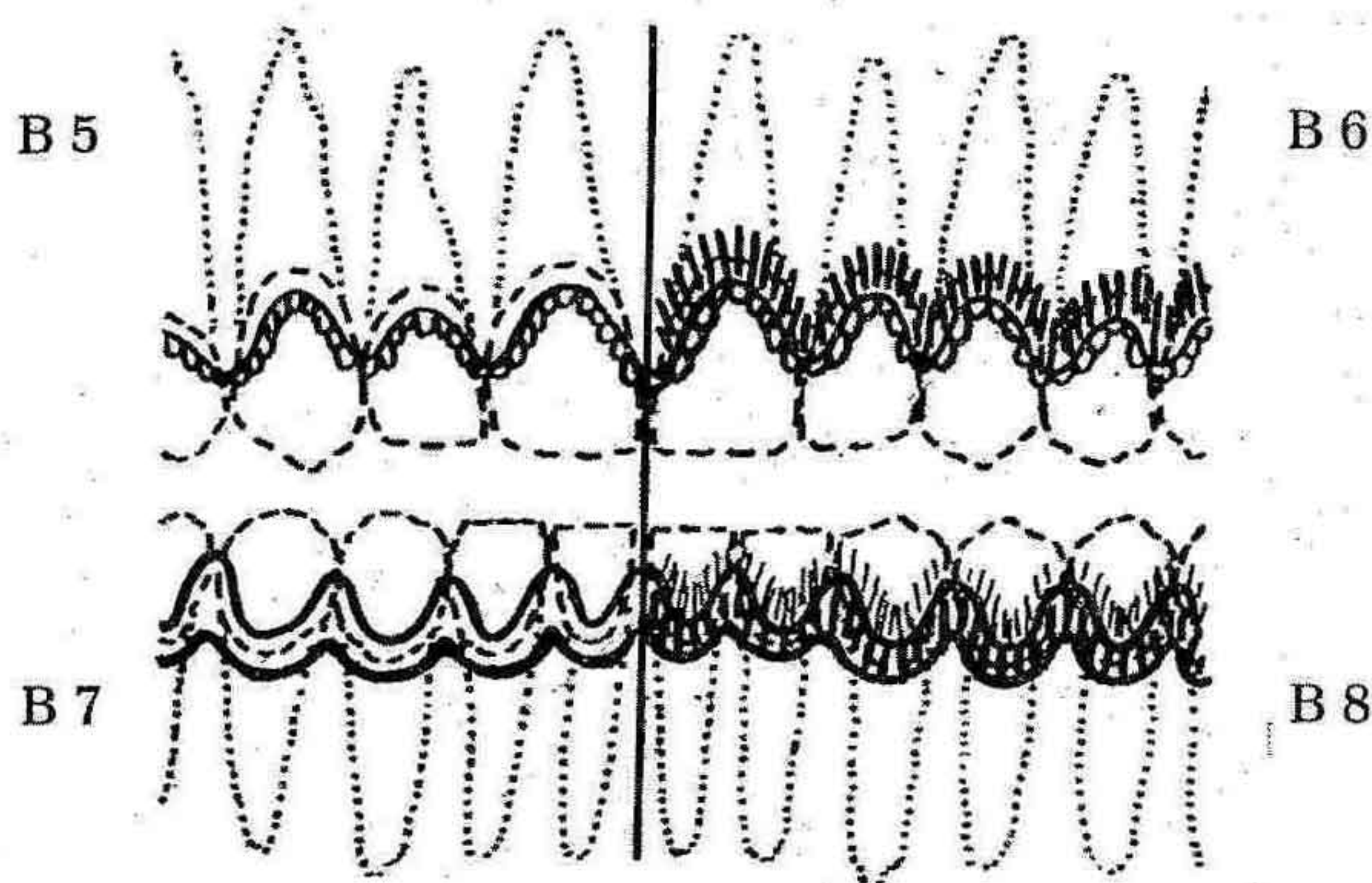


Fig. 2.—B 5 Encía ulcero-necrótica marginal.
B 6 Id. id. en estado erosivo.
B 7 Id. con hipertrofia marginal sin inflamación.
B 8 Id. id. marginal simple y erosiva.

manera, de ningún cuadro desconocido; sin embargo, la mayor parte de estos estados no han sido, especialmente en la práctica, tomados en consideración.

De cada una de estas formas vamos a añadir un pequeño comentario:

A I a) Por *atrofia difusa* (continua) entendemos el mayor o menor signo de este síntoma dentro del aspecto normal gingival.

A I b) En este estadio el nivel de la encía corre horizontalmente, en vez de ir festoneado.

A I c) Con la expresión *vestibular* o *lingual* entendemos la atrofia (aislada) que interesa a la encía al nivel del cuello; puede ser, por ejemplo, muy frecuente en la atrofia precoz e interesar a un grupo de varios dientes, algunos de los cuales menos afectados pueden representar alguno de los anteriores estadios; asimismo puede estar afectado únicamente un diente.

A I d) En la *atrofia interdental* (aislada) se encuentra comprometida, lo mismo vestibular que lingualmente, la cresta. El espacio interdental, el triángulo interdental está más afilado, más puntiagudo, por la atrofia de la "papila", es decir: más o menos libre.

A II a) b) La profundidad de los *fondo de saco* y de los *nichos* interdentales son típicos síntomas de atrofia aquí interesados en su integridad, únicamente la mitad; ellos son bien conocidos de los especialistas. De la frecuencia de estos espacios o nichos interdentales como forma de atrofia, conocemos su posible espontánea tendencia a la curación del tal proceso paradental. La combinación de estos espacios interdentales con los fondo de saco vestibulares—y como tal localizados especialmente en la superficie frontal (vestibular)—nos ofrece a menudo la observación de un cuadro en el que la encía ha empeorado en su aspecto lobulado.

B a) *De la forma hipertrófica* en su continuo progreso llega a convertirse en la *hipertrofia marginal*. En ella es típico el abultamiento del borde gingival, el cual interesa a varios dientes, lo mismo interdental que vestibularmente.

B b) El mismo engrosamiento gingival, sin interesar el espacio interdental, lo clasificamos en este apartado, marcándose en él, aisladamente, la hipertrofia vestibular o lingual frecuentemente combinada con la atrofia vestibular o lingual.

B c) Del cuadro de la hipertrofia interdental aislada es la *forma inflamatoria* ampliamente conocida. Menos observada es la *forma fibrosa* (interdental), la cual, como resultado de la posible curación del anterior estadio o condición, se encuentra acompañado, no rara vez, por la atrofia alveolar. En

la atrofia lineal volvemos a observar frecuentemente pequeñas papilas, localizadas interdentalmente, las más de ellas en estado inflamatorio, conocidas con el nombre de "*papilas secundarias*".

C I a) b) c) Mientras las formas atróficas o hipertróficas son conocidas nominalmente por la adición de la partícula "*atrofia*" e hipertrofia", su diferente localización se indica con los subfijos: *marginalis*, *vestibularis*, *lingualis* e *interdentalis*. En consecuencia, como ya se ha dicho en B a,

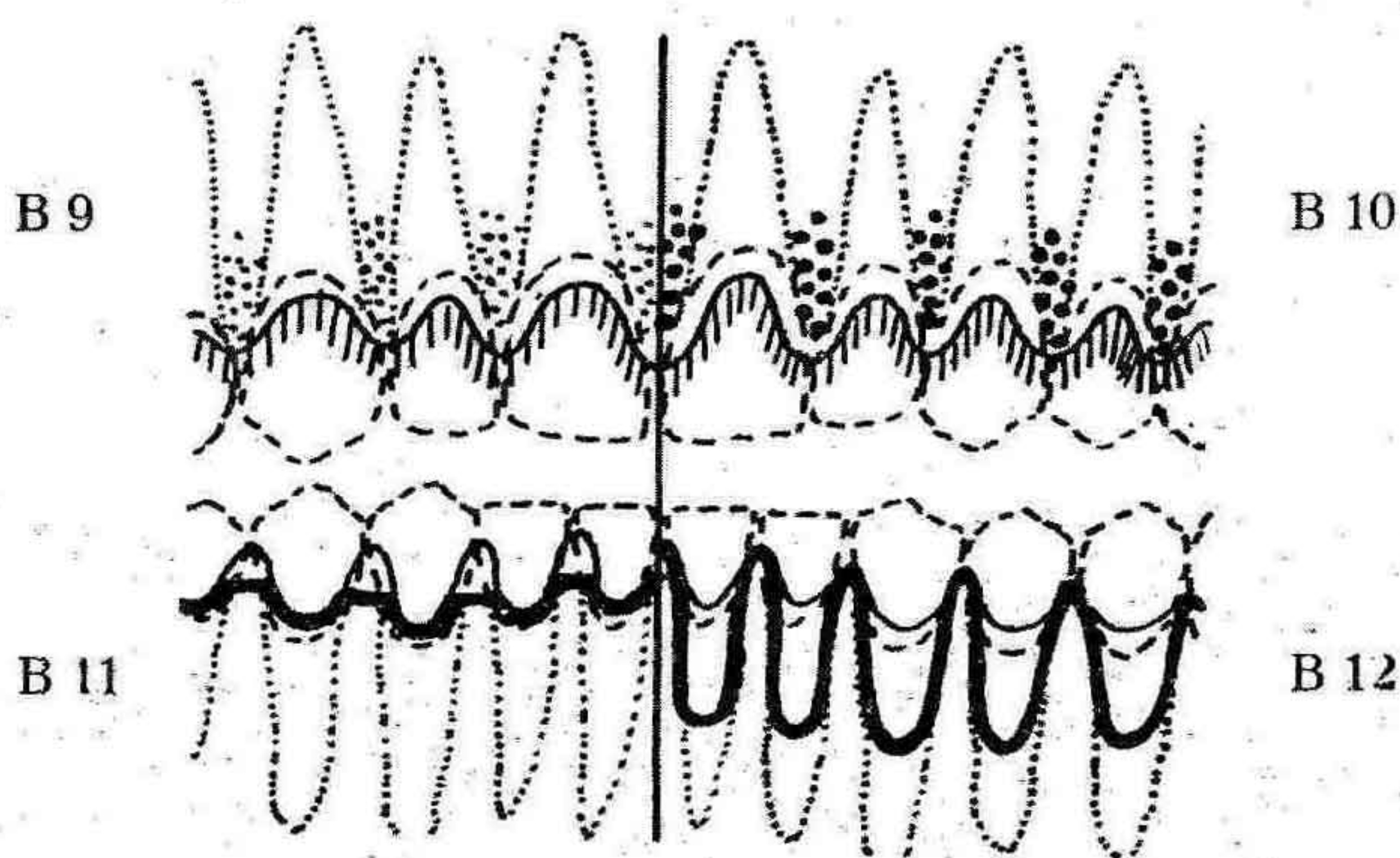


Fig. 3.—B 9 Situación gingival normal, con inflamación marginal e interdental simple.
 B 10 Id. id. en estado cianótico.
 B 11 Atrophia interdental sin inflamación.
 B 12 Id. vestibular sin inflamación.

B b, y B c, al hablar de la hipertrofia, queremos significar con el término *marginalis* aquellos casos en los que la afección, interesando varios dientes, se extiende de una manera continua; y con el de *vestibularis*, *lingualis* e *interdentalis* según esté afectada una u otra de dichas partes.

C II a) b) Con el nombre de *alveolaris* entendemos nosotros la localización de la inflamación de la encía al nivel del reborde alveolar. La forma *difusa* es, sin más, reconocida por su característica coloración en rojo o azul. Se diferencian entre sí nominalmente con los términos de *alveolar difusa simple* una y *cianótica* la otra. En ésta se trata de un engrosa-

miento calloso del periostio y mucosa, como consecuencia de abscesos crónicos recidivantes y en los que, en definitiva, no son raras las fístulas. La forma *inflamatoria alveolar lineal* se observa como una línea roja especialmente frecuente en la región vestibular de los incisivos inferiores, y paralela al eje longitudinal del diente. Esta forma la denominamos nosotros "*alveolaris linearis*".

D I-4 Los distintos *grados* de inflamación los clasificamos como sigue: *simplex*, *cianótica erosiva* y *últero-necrótica*, términos que proporcionan al cuadro atrófico o hipertrófico las características que tales términos especifican y aun tratándose de estadios poco o nada afectados, o primitivos.

En relación con la forma *últero-necrótica* puede decirse que hay autores que establecen una clara diferencia entre la forma ulcerosa y la necrótica; sin embargo, ambas formas tienen tal interdependencia entre sí que pueden considerarse formando un solo estadio. Una úlcera sin superficie necrótica no es concebible, y aun en estado regresivo, el proceso necrótico se observa en los bordes de la úlcera. En el orden terapéutico es asimismo comparable, aun dominando las formas mixtas, en clínica conocidas como "estomatitis ulcerosa", el componente ulceroso o el necrótico dominan claramente. De tal manera que, aun en los casos agudos acompañados de fiebre, inflamaciones glandulares, etc., tratamos el caso de la misma manera con los caústicos, los atomizadores o con irrigaciones. De aquí podemos concluir que es tal su interdependencia, que no existe peligro alguno en no fijar un diagnóstico exacto entre ambos. Antes al contrario, rara vez se observa que una necrosis crónica rebelde no mejore con la terapia corriente, no tratándose de alguna infección de carácter específico.

En la investigación científica, especialmente cuando se trabaja en gran escala, la exacta determinación del cuadro paradental ofrece ciertas dificultades, como es la de clasificar, dentro de un mismo caso, los diferentes estadios, según los cuales, junto a una parte *indemne*, existen formas *mixtas*, de las cuales debe hacerse la correspondiente descripción.

Mucho más sencillo y más fácil también de observar y describirlo, es la determinación gráfica de las formas sencillas.

Para ello nos servimos nosotros de esquemas impresos, en los que con colores (1) o líneas reproducimos, de una manera gráfica, el estadio que tratamos de archivar en nuestro fichero, tal y como se puede comprobar por el texto de los estatutos del ARPA internacional. En el impreso aparece grabado el esquema de los dientes frontalmente, en el cual se puede asimismo incluir los caracteres que deseemos inscribir en la cara

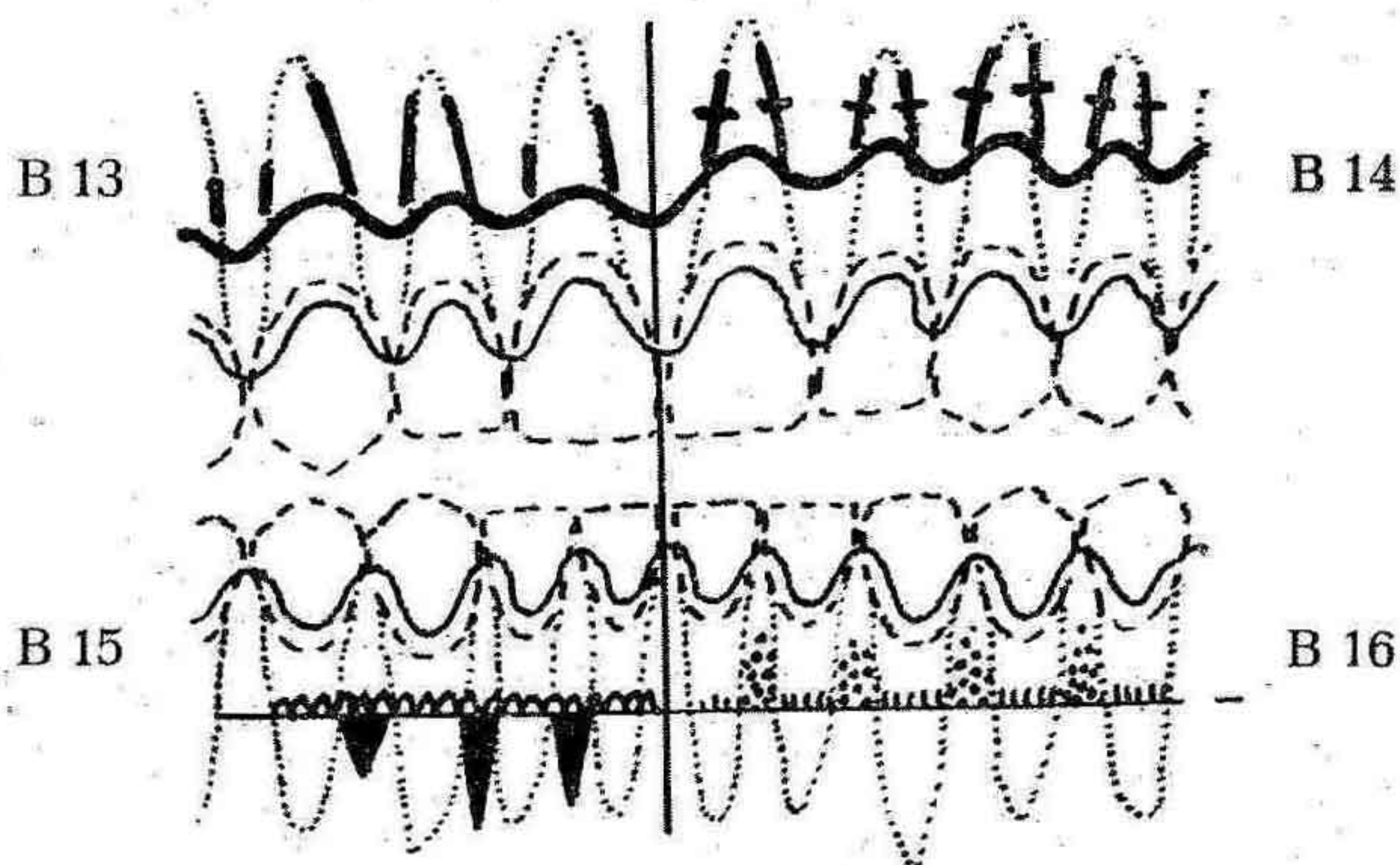


Fig. 4.—B 13 Atrofia difusa sin inflamación, con fondos de saco interdentales profundos.
 B 14 Id. id. purulentos.
 B 15 Atrofia lineal con encías ulcero-necróticas y fondos de saco (nichos) interdentales.
 B 16 Id. id. marginales simplex con "papilas secundarias".

vestibular. Naturalmente que para recopilar los detalles que necesitamos adjuntar a la cara lingual se hace necesario el empleo de otro gráfico.

El esquema A recopila el estado general de la dentadura del sujeto objeto de examen (seg. las normas estatutarias del "Arpa" del año 1925). La representación gráfica actual de los diversos cuadros paradentales, las reproducimos en los esquemas que a continuación incluimos.

Naturalmente que no hemos de olvidar la conveniencia de

(1) Más fácil lectura del gráfico se hace con el rojo para la forma *simplex* y *erosiva*, azul para la *cianótica* y verde para la *ulceronecrotica*; no obstante, recurramos ahora a líneas y puntos..

que cada investigador estudie y acepte estas representaciones, sin las cuales resulta inútil toda comparación de los casos clínicos, desde un punto de vista científico.

Existen, además de las representaciones que aquí incluimos, otras que, aun perteneciendo a los estatutos del "Arpa", no son indispensables de considerar en orden a la práctica más frecuente.

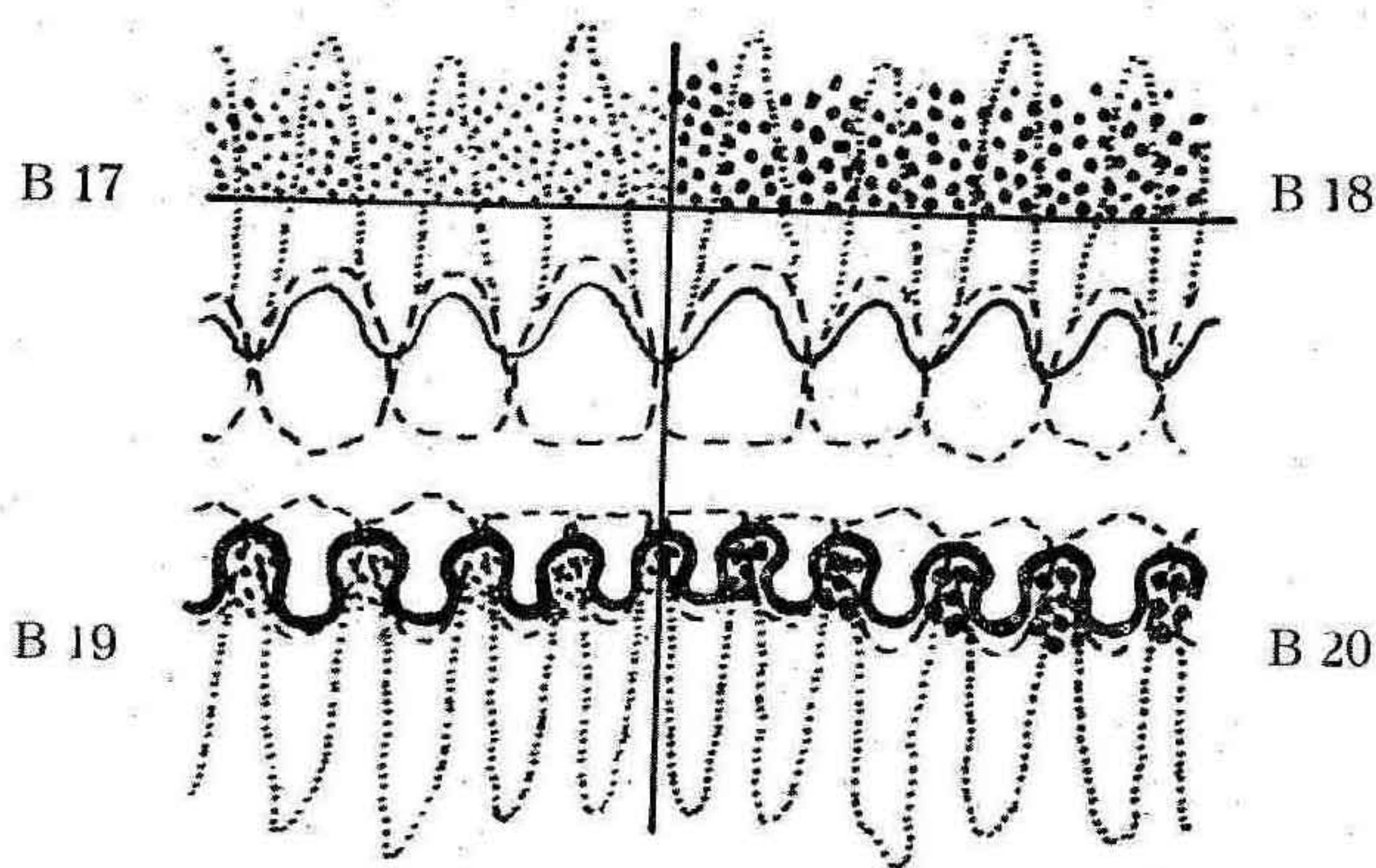


Fig. 5.—B 17 Atrofia gingival lineal y alveolar simplex.
 B 18 Id. Id. cianótica.
 B 19 Hipertrofia interdental simplex.
 B 20 Id. Id. cianótica.

I. Las *encías sangrantes*. Es el propio paciente quien nos proporciona suficiente información sobre sus hemorragias espontáneas nocturnas. En otros casos muestra la encía inclinación a sangrar a la menor irritación. De todas formas, la encía no permite, por su estado, el roce mecánico, al menos sin un cuidado extremado. Lo más aceptable es el empleo de los atomizadores, con una presión que ha de corresponder en el manómetro a unas seis atmósferas. En la inflamación de la encía, principalmente en su estado erosivo o úlcero-necrótico, la hemorragia tiene lugar sin que intervenga agente alguno. La remisión de hemorragia gingival es la mejor demostración de los resultados obtenibles con dicho método, sirviendo como elemento de diagnóstico en la práctica paradentósica.

2. No menor importancia corresponde al factor atomizador con cuya corriente se libera los fondos de saco, nidos y espacios interdentes de la posible putrefacción de los restos alimenticios. Sin más, nosotros podemos evitar el estado necrótico, el cual, de lo contrario, se localiza principalmente en los molares.

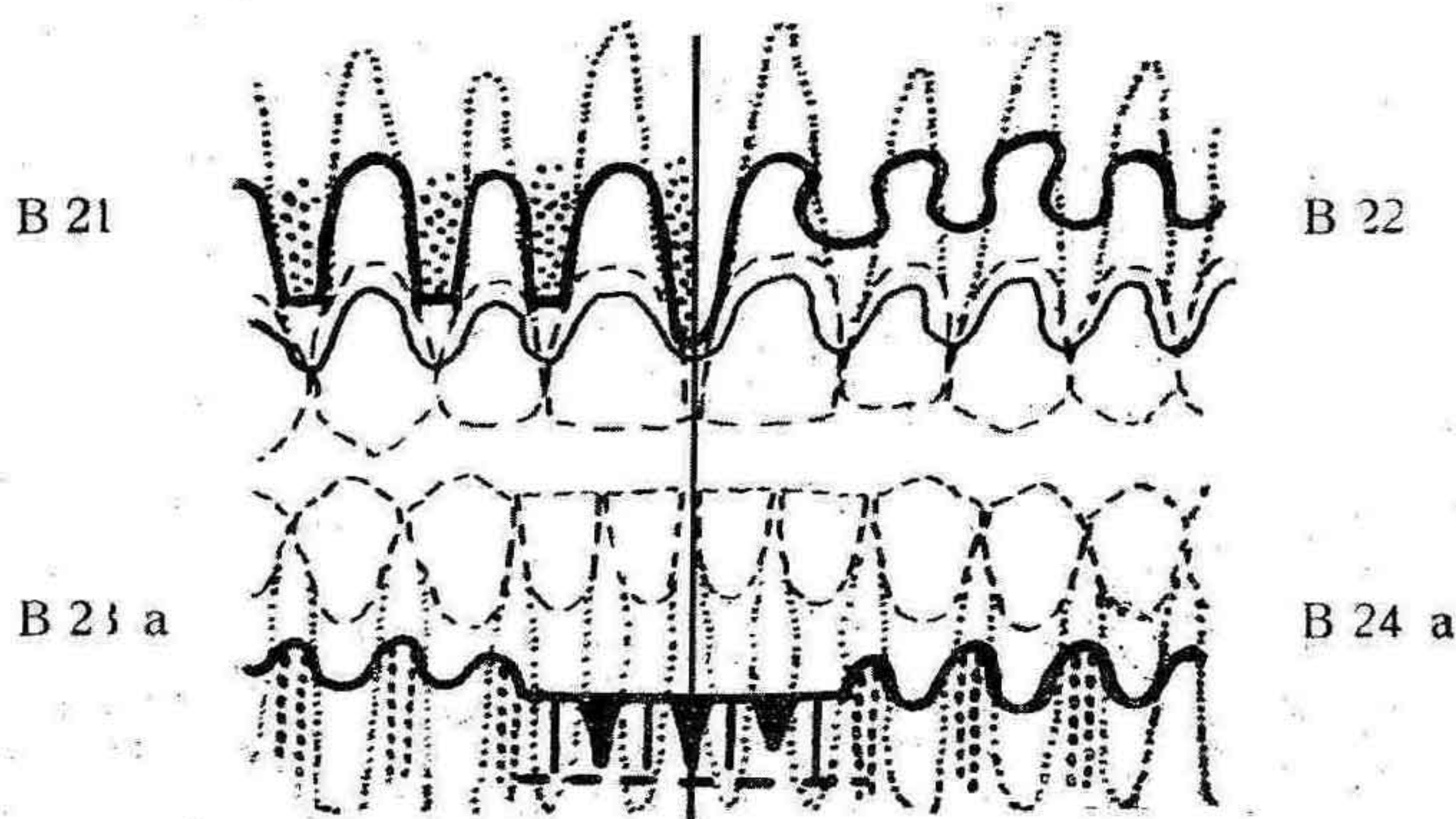


Fig. 6.—B 21.—Atrofia vestibular sin inflamación y atrofia interdental cianótica.

B 22 Id. id. con hipertrofia interdental fibrosa.

B 23 a) En el bicúspide (34) y el canino (33), y en el lateral (42) y canino (43), atrofia palatina difusa y alveolar lineal.

b) En ambos laterales (32-42), "delantal" gingival: atrofia lineal con nichos interdentes y fondos de saco vestibular.

3. No menor influencia para formar juicio del proceso gingival tiene la determinación del catarro de la cavidad oral. Características especiales para su diferenciación y que debemos considerar, son las siguientes: a) color normal; b) coloración azulada; c) enrojecimiento difuso; d) tono cianótico; e) formación del fondo de saco. Asimismo puede contribuir a formar nuestro criterio diagnóstico un catarro difuso de la encía, el cual se muestra con desepitelialización.

4. Debemos también considerar la viscosidad de la saliva, que puede dar lugar al esmegma gingival y a la formación subgingival del sarro.

5. No debemos olvidar que en toda inflamación aguda

los ganglios linfáticos de la región correspondiente pueden mostrarse inflamados o dolorosos.

6. Igualmente el factor *ex ore* debe ser considerado, correspondiéndole un más amplio sentido.

Se ha de consignar sin embargo que en la práctica paradontósica no es posible conseguir el cuadro categórico en que hemos basado esta sistematización, y así es necesaria la laboriosa investigación científica para su exacta determinación.

Si tenemos al dentista dentro del marco que corresponde a la caries y a la práctica de la prostodoncia, corresponde al médico de la boca, es decir, el estomatólogo, el tratar estos estados paradentósicos.

A los estudiantes en las clínicas de paradentopatías se les debe el conocimiento de las múltiples variaciones de dichos estados. STURM (1) ha publicado un interesante estudio de estos cambios gingivales, que más plásticamente se nos muestran en la clínica.

Enseñemos, pues, al estudiante esquemáticamente a diferenciar estos cuadros paradentales, y así sabrá él más tarde, en su práctica privada, establecer el diagnóstico diferencial. El premio, sin embargo, lo obtendrá en definitiva el enfermo que podrá mantener en suficiente grado de eficiencia su aparato masticatorio. Finalmente, este mismo enfermo será portavoz de nuestro acierto, compensando así nuestros desvelos.

(*Zahn. Runds.*, vol. 32, núm. 28.)

En Vila Real ha nacido un niño con la dentadura completa. La molinera Ignacia Pragera, de 32 años, dió a luz dos criaturas, una de las cuales, del sexo masculino, presentaba toda la dentadura. Falleció dos horas después. Su cadáver fué enviado al museo anatómico de la Facultad de Medicina de Oporto, para ser sometido a estudio. (per Clin. y Lab..)

(1) *Paradentm.*, 1937, núm. 48.