

PREVENCIÓN DE LAS PARADENCIOPATIAS EN RELACION CON FACTORES LOCALES DIRECTOS *

POR EL DOCTOR

FERMIN A. CARRANZA (h.)

Buenos Aires - Argentina

Durante las primeras tres décadas de vida la causa principal de pérdida de dientes es la caries dental. A partir de la mitad de la cuarta década la enfermedad periodontal es la causa de mayor pérdida de dientes^{1,2}. Sin embargo esta observación de que la enfermedad periodontal sea la principal causa de pérdida de dientes a partir de los 35 años de edad no significa que la enfermedad se limite a esta edad o comience en ella. Es una enfermedad crónica que generalmente comienza muchos años antes de que sea necesario extraer dientes.

Según estadísticas de Marshall - Day y colaboradores³ la prevalencia de la enfermedad periodontal con pérdida ósea detectada radiográficamente es rara antes de los 18 años, aumenta rápidamente de 24% a 69% entre los 19 y los 26 años, aumentando luego más lentamente hasta los 45 años en que todos los sujetos examinados tenían alguna evidencia de pérdida de hueso. Encontraron bolsas en un porcentaje creciente que fué desde el 43% a los 13-15 años hasta el 94% a los 52-55 años descendiendo luego li-

geramente. Es interesante notar que a pesar de estos números sólo el 9% de los sujetos sabían que tenían la enfermedad y sólo el 7% habían recibido tratamiento de alguna clase.

Esta difusión tan extensa de la enfermedad periodontal en la población, hace que el problema periodontal deba ser tenido en cuenta por el dentista general en todos sus pacientes, tratando de detectar signos precoces que permitan un tratamiento temprano, y de prevenir en lo posible la aparición de la enfermedad.

La prevención de una enfermedad debe estar dirigida a la eliminación de sus posibles causas antes de que ellas actúen. Contrariamente a lo que muchos creen, las causas de la enfermedad periodontal son, en su mayor parte, perfectamente conocidas.

La enfermedad periodontal es la resultante de la acción combinada de factores locales y sistémicos.

Los factores sistémicos son factores predisponentes que favorecen la aparición de la enfermedad en presencia de factores locales. Estos factores locales son necesarios para la mi-

* Jornadas Odontológicas Inter. A. O. U. XI-1957.

gración apical de la adherencia epitelial a una velocidad mayor que la normal y por lo tanto para la formación de una bolsa periodontal. Se ha comprobado en numerosas experiencias, especialmente por la obra de Glickman y su grupo,⁵ que en animales experimentales, los diversos trastornos sistémicos estudiados —inanición, deficiencia aguda de vitamina C, diabetes aloxánica, deficiencia de proteínas, etc.— no son capaces, por sí solos de producir bolsas periodontales. Son necesarios los factores locales, si bien se ha probado, también experimentalmente, que en presencia de factores sistémicos la profundización de la bolsa desencadenada por factores locales se hace en forma más acelerada y la destrucción es mayor.

Son, por lo tanto, de importancia capital los factores locales, no sólo porque son factores desencadenantes necesarios, sino porque su control está en manos del dentista que puede, por medio de su eliminación, resolver el problema clínico de la enfermedad periodontal en forma satisfactoria.

Hemos visto en el cuadro etiológico que los factores locales caen dentro de dos grupos: los que producen inflamación y los que producen trauma. Nos ocuparemos aquí sólo de los primeros.

Las lesiones del parodencio de protección son siempre o casi siempre de carácter inflamatorio y producidas por agentes irritantes. Consideraremos a continuación los agentes irritantes

más comunes y los medios de que dispone el práctico general para su detección y eliminación y que configuran en gran parte, al ser aplicados precozmente, la prevención de la enfermedad!

Tártaro: es la masa calcificada que se forma sobre la superficie del diente adhiriéndose a ella. El tártaro supragingival, o sea el que se deposita coronariamente al margen gingival es de color blanco o blanco-amarillento, coloreado por el tabaco o los pigmentos de la comida y se distribuye en forma más abundante en las zonas vecinas a los conductos excretores de las glándulas salivales.

El tártaro subgingival, o sea el que se deposita apicalmente al margen gingival, es generalmente oscuro, denso, aplanado y muy adherente; es invisible al examen visual y debe ser descubierto por exploración instrumental.

El tártaro es un irritante que provoca inflamación gingival la que a su vez 1º estimula a la adherencia epitelial a migrar hacia el ápice a una velocidad mayor que la normal, y 2º aumenta el tamaño de la encía. Aparecen así los dos factores necesarios para que el surco gingival se transforme en bolsa⁶.

La formación de bolsa y la deposición de tártaro son dos fenómenos estrechamente asociados. Sin embargo el tártaro no provoca en forma activa la profundización de la bolsa sino en forma indirecta a través de la inflamación, ocupando luego en forma pasiva el lugar creado por la bolsa⁶.

Es muy difícil establecer por medio de la observación clínica los factores que influyen en la formación del tártaro. Sin embargo, parece evidente:⁶

1. Que hay una tendencia individual que gobierna la iniciación de la formación del tártaro y la velocidad de su deposición.

2. Que el cepillado practicado en forma eficiente reduce la velocidad de deposición del tártaro.

Se ha comprobado en animales experimentales y en la clínica^{7,8} que la masticación de comidas duras reduce la deposición de tártaro. Surge de esto la importancia en la prevención de la enfermedad de la masticación de elementos detergentes, tales como vegetales y frutas crudos. Es este un aspecto muy importante del enfoque de la dieta y que es muchas veces pasado por alto.

La materia **alba** o **saburra** es el material blando y blanco o blanco-amarillento que se deposita en la zona del margen gingival produciendo un eritema marginal de la encía.

Tanto el tártaro como la materia alba son en muchos casos el comienzo o el *primum-movens* que desencadena la inflamación con todas sus consecuencias que llevan a la formación de la bolsa y a la pérdida del hueso alveolar. Es decir, que el evitar su formación o eliminarlos antes de que su acción deletérea se haga manifiesta es una forma de prevenir la enfermedad periodontal.

El examen periódico del paciente y la eliminación de todos los depósitos impedirán o detendrán la inflamación gingival pro-

ducida por ellos. Para ello es importante saber ver los cambios iniciales producidos clínicamente en la encía y que permiten en base a la apreciación de los cambios de color, tamaño, textura superficial, consistencia, etc., que sufre la encía al inflamarse, llegar a un diagnóstico precoz de la enfermedad.

La eliminación de los depósitos tártricos por medio del raspaje, y el pulido de las superficies cementarias, son los medios al alcance del práctico para eliminar la inflamación incipiente.

El cepillado cuidadoso y metódico realizado especialmente después de las comidas impide la colección de residuos y el depósito de materia alba en el ángulo gingivodentario.

Ya de antiguo se ha reconocido y hoy no se discute la importancia de la limpieza de los dientes y ángulos gingivodentales en la prevención de las inflamaciones gingivales y de las caries.

Es de poca importancia la técnica con que se haga esta higiene siempre que no sea traumatizante: lo importante es conseguir la limpieza de los surcos gingivales y evitar la acumulación de materia alba.

Pero hay otro aspecto de la fisioterapia oral que no es aceptado con igual unanimidad y es el masaje gingival. Es evidente, sin embargo, que a pesar de que no haya pruebas científicas ni estudios clínicos concluyentes sobre el modo de acción del masaje gingival, que éste reduce la inflamación gingival y "fortalece" la encía reduciendo las posibilidades de recidiva. Es, por lo tanto, desde el punto de vista de la

prevención, un medio eficaz e indispensable.

Según estudios de Robinson y Kitchin⁹ el masaje gingival favorece y aumenta la queratinización gingival, lo que la haría más resistente a los agentes irritantes. Otros autores suponen que la acción benéfica del masaje gingival se debe a una estimulación de la circulación que favorecería el aporte de oxígeno y sustancias nutritivas y la eliminación de productos de desecho (Leonard¹⁰). Sin embargo, Castenfeldt¹¹ en un minucioso estudio, no comprobó ninguno de estos modos de acción del masaje a pesar de que concuerda en base a sus observaciones clínicas en que el masaje gingival reduce la profundidad de la bolsa y la tendencia a hemorragias gingivales, y aumenta el punteado gingival.

Sea cual fuere el mecanismo de su acción, es evidente que el masaje gingival tiene un efecto favorable sobre la salud gingival.

El masaje gingival debe ser hecho con el cepillo de dientes y siguiendo alguna de las técnicas descriptas, y puede ser complementado con el uso de puntas de goma en los espacios interdentales abiertos.

Es de suma importancia notar que la enseñanza del cepillado y masaje a los pacientes, debe llevar varias sesiones, en ningún caso menos de tres. Es este un método eficaz de prevención de las enfermedades periodontales pero que debe ser realizado en forma eficiente y continuada. En la mayoría de los casos de fracaso del cepillado por negligencia

del paciente con la consiguiente recidiva de la enfermedad es responsabilidad del dentista no haber sabido inculcar al paciente la noción de la importancia y necesidad imperiosa del cepillado y masaje gingival como medio preventivo de la enfermedad periodontal.

Debemos considerar también la técnica del cepillado y masaje en los pacientes que no han sufrido enfermedad periodontal, en los que no se hace como preventivo de la recidiva sino de la aparición primaria de la enfermedad. En estos casos los cambios en la técnica usada ya por el paciente deben limitarse al mínimo pues se supone que ésta se ha de adecuar convenientemente al caso ya que no han aparecido en el mismo hasta el momento del examen lesiones periodontales. Se debe sólo constatar la limpieza de la boca y corregir posibles posiciones traumatizantes. En estos casos es conveniente que no haya penetración de cerdas en los espacios proximales ni en el surco gingival.

Otras causas locales de importancia en la prevención de la enfermedad periodontal, son:

Malposición de dientes: Las malposiciones dentarias pueden producir zonas gingivales en forma de meseta que favorecen la acumulación de alimentos con la inflamación gingival correspondiente. Esto suele verse en los dientes anteriores inferiores y en los incisivos laterales superiores. La mejor forma de corregirlo es con la ortodoncia. Si no se puede recurrir a ella debe modificarse la técnica de cepillado en esas

zonas de modo de lograr una buena higiene y masaje. A veces conviene regularizar esas zonas por medio de una gingivectomía haciendo la incisión con el bisel necesario.

Las malposiciones dentarias pueden producir también a veces diferencias de altura del margen gingival en dientes contiguos, lo que exige variaciones de la técnica de cepillado para adaptarla al caso individual y evitar laceraciones de la encía.

Mala operatoria dental: Sobre este tema el Dr. Romanelli ha dado en estas Jornadas una comunicación en la que se ocupó con gran detalle de las distintas formas en que la Operatoria Dental defectuosa puede lesionar los tejidos gingivales y los recursos de que dispone el práctico para evitar o corregir esos inconvenientes. Por esto, y atento a la limitación de tiempo impuesta a esta presentación, me referiré al tema en forma muy somera.

El margen gingival de las restauraciones debe llegar hasta el fondo del surco gingival y no más allá. Se sabe desde los clásicos estudios de Gottlieb en 1921¹² y años siguientes, que la encía se une al diente a una altura variable según la edad. En individuos jóvenes el epitelio gingival se adhiere al diente en pleno esmalte, para luego, en virtud de la erupción continua, ir recediendo para en la vejez hacerlo sobre cemento.

Según G. V. Black¹³, la unión encía-diente se hacía siempre en el límite amelocementario. Pero si bien las ideas de Black, inamovibles aún hoy en muchos otros

aspectos, fueron superadas en lo que se refiere al concepto de la adherencia epitelial, no lo fueron en la aplicación de este concepto a las técnicas de Operatoria Dental.

Los márgenes cervicales de las obturaciones deben llegar no más allá del fondo del surco gingival, cualquiera sea su situación sobre la superficie dental. Cualquier profundización más allá del fondo del surco favorecerá la formación de una bolsa patológica.

En casos de encías muy recedidas por haber existido en esa zona una bolsa o por haber ocurrido una atrofia periodontal y en que deba ponerse una corona esta deberá llegar, especialmente en molares, sólo hasta el límite amelocementario dejando una franja de cemento dental al descubierto¹⁴.

Es importante además la técnica depurada en el empaquetado de obturaciones plásticas proximales así como en la toma de impresiones para incrustaciones, para evitar lesionar la encía. Es importante también cuidar de que no queden excesos de cemento en la zona del surco gingival, pues actuará como irritante.

Empaquetamiento de comida:

Es la introducción forzada de comida en un espacio interdentario en sentido vertical por acción de las fuerzas oclusales o en sentido horizontal por acción de lengua, labios y carrillos.

El empaquetamiento y la persistencia de comida en un espacio interdentario produce infla-

mación de la papila, que puede llevar a la formación de una bolsa y a la pérdida de hueso.

Isador Hirschfeld, a quien debemos la primera descripción del empaquetamiento, en un trabajo ya clásico publicado en 1930¹⁵, estableció que los factores anatómicos que previenen el empaquetamiento de comida son: a) la contigüidad del arco; b) la correcta situación de los puntos de contacto, y c) la presencia de surcos marginales.

La localización ideal del punto de contacto es en el mayor diámetro mesiodistal del diente y cerca del plano oclusal. Esto, junto con la existencia de surcos marginales bien marcados, hace que durante la masticación el alimento se divida y escape sin penetrar en el espacio proximal. Pero la abrasión puede aplanar estas superficies haciendo desaparecer los surcos marginales y favoreciendo el empaquetamiento. Al mismo tiempo, la presión de la cúspide opuesta en el espacio, llamada cúspide impelente, puede agravar el cuadro.

La destrucción del contacto por caries, la migración de dientes por no reemplazo de piezas extraídas, la defectuosa restauración del punto de contacto de obturaciones, son factores importantes en la aparición de lesiones por empaquetamiento de comida.

La prevención de estas lesiones ha de consistir en: 1) desgaste selectivo modelando nuevamente los surcos marginales perdidos por la abrasión y reduciendo las cúspides impelentes; 2) restauración de los contactos proximales perdidos por medio de obturaciones que tengan los

contactos en posición correcta y los surcos marginales bien marcados; 3) pronto reemplazo de dientes extraídos.

Puede existir además el empaquetamiento de comida en lingual de los incisivos superiores por acción directa de los dientes opuestos en casos de entrecruzamiento muy marcado. La corrección de esta anomalía es frecuentemente complicada y puede incluir desgaste selectivo y procedimientos protéticos y ortodóncicos.

Respiración bucal: La respiración bucal produce una inflamación y agrandamiento gingival marginal localizado generalmente a la zona de canino a canino superior. Es mucho más común en niños y adolescentes que en adultos. No se sabe en forma exacta el mecanismo por el cual la respiración bucal produce o favorece la producción de lesiones de este tipo. Se cree que se deben a la desecación de la superficie gingival y a la acumulación de estos por la falta de limpieza por la acción de saliva y labio¹⁶. Esta gingivitis lógicamente lleva a una mayor incidencia de enfermedades periodontales en sujetos con obstrucción nasal que sin ella.

El enfoque terapéutico a este factor etiológico varía con la causa que produce la respiración bucal. En primer lugar se debe hacer ver al paciente por un ORL, a fin de constatar si existe una obstrucción nasal real o si la respiración bucal es sólo por hábito. En el primer caso el tratamiento debe estar, por lo menos en su primera fase, en manos del

ORL., quien debe tratar y eliminar, si es posible, la obstrucción de las vías respiratorias.

En caso de que la respiración bucal se deba sólo a un hábito, generalmente es sólo nocturno, y el enfoque terapéutico puede incluir alguno de los siguientes medios: a) tira emplástica cerrando la boca en diagonal, b) aparatos o pantallas orales especiales¹⁷. En general el uso de estos medios por 2 a 3 semanas es suficiente para romper el hábito y establecer la respiración nasal. c) En algunos casos se puede recurrir a la sugestión hipnótica para cortar el hábito.

En síntesis, el estado actual de conocimientos sobre la etiología y terapia de las enfermedades periodontales permite enfocar racionalmente el problema de la prevención desde el punto de vista local. No significa esto dudar de la existencia de factores generales, que están siempre pre-

sentes e influyen en todos los casos, sino que en general no se ha llegado aún a poderlos descubrir y controlar. El enfoque de las causas sistémicas, tanto desde el punto de vista terapéutico como preventivo, no ha llegado aún al plano clínico práctico, salvo en contados casos y como ayudas al enfoque local.

Desde el punto de vista local, la prevención de las enfermedades periodontales debe incluir:

1. Enseñanza minuciosa y control periódico detallado de una buena fisioterapia oral.

2. Examen clínico periódico con control radiográfico a intervalos razonables, para detectar cualquier lesión en su período de iniciación.

3. Un enfoque periodontal de toda la práctica odontológica, que se traduzca en todas las ramas de la Odontología por procedimientos que consideren y eviten posibles lesiones al paradencio.

Nuestra Carátula:

Se ha buscado un símbolo que representara la proyección que esperamos de la labor de la Revista Odontología Uruguaya; dentro y fuera de nuestro ambiente, ya que esa es nuestra intención. Nos proponemos poseer una revista puntual en su aparición, un material didáctico seleccionado, una Sección Gremial que represente nuestra idiosincracia y otra Sección Informativa local y del exterior propiciatoria de un intercambio internacional. De esta manera nuestra revista será auténtico vocero de nuestros anhelos e ideales.