

- 10.—Ramírez Moreno Samuel.—Tratamiento de la Esquizofrenia.—Segunda Reunión de las Jornadas Neuro-psiquiátricas Pan-Americanas. — Lima, 20 a 25 de marzo de 1939.—Imprenta Tomás Aguirre. 1939.
- 11.—Bellet, S., Karshbaum, A., and Furst, W.—Electrocardiogram during electric shock treatment of mental disorders. *Am. F. M. Sc.*, 201: 167-177, 1941.
- 12.—Kalinowsky, L., Bigelow, N., and Brikates, P.—Electric shock therapy in state hospital practice. *Psychiat. Quart.*, 15: 450-459, 1941.
- 13.—Lucie Jessner y V. Gerard Ryan.—Shock Treatment in Psychiatry.—New York. Grune & Stratton. 1941.



Endocrinología y la práctica estomatológica *

Por el Cir. Dent. FRANCISCO CALDERON CASO

Parecería raro a primera vista el enunciado del trabajo, que hoy presento a la consideración de esta docta Academia Médica, si no hubiera ya comprobado la ciencia tanto la repercusión de las glándulas de secreción interna sobre la economía general, como la interdependencia existente entre las diversas glándulas endocrinas, que puede manifestarse ya sea en sinergia o bien en inhibición correlativas.

Desde luego reduciré mi estudio solamente a subrayar, cómo puede el dentista descubrir, en muchos casos, de una manera precoz las disfunciones endocrinas, para remitir al paciente, bien sea al clínico interno o al especialista endocrinólogo a fin de que las corrija, evitando así grandes males.

Un prognatismo, una mala oclusión marcada, la ausencia congénita de los incisivos laterales superiores, etc., son datos que no se escapan a la inspección del clínico; pero cuando se presenta un niño en apariencia normal y se puede descubrir un exceso moderado en el desarrollo mandibular, junto con una falta de desarrollo en el maxilar y que, para compensar esos defectos la naturaleza ha hecho que los dientes anteriores se entrecrucen, más de lo normal con los antagonistas inferiores, se puede sospechar una disfunción endocrina con hiperpituitarismo, hipotiroidismo e hipogonadismo.

* Trabajo reglamentario de turno leído en la sesión del 10 de febrero de 1943.

Los detalles de dimensiones de maxilar y mandíbula, el entrecruzamiento anormal de los dientes incisivos anteriores, debe descubrirlos el dentista.

La comprobación de si existen o no una o varias disfunciones endocrinas, es el resorte del médico, que tiene recursos adecuados para hacerlo: dimensiones relativas de las diversas partes del cuerpo, su morfología, calcificación actual, desarrollo, pruebas de laboratorio, etc., etc.

Dado que el desarrollo de los dientes temporales está presidido, en cierta forma por la tiroides y el timo, a la vez que el desarrollo de los dientes permanentes está más bien influenciado por la pituitaria y la tiroides, la precocidad o el retardo en la erupción de cualquiera de las dos denticiones, hará pensar en una disfunción de esas glándulas.

Sin perder de vista que los 8 molares caducos dejan sitio a los bicúspides y que los molares permanentes (12) son exclusivos de la segunda dentición, un cuadro clásico de la erupción de la primera y segunda dentición es como sigue:

Erupción de los dientes caducos.

<p>6 - 8 meses 2 dientes</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">1</td> </tr> </table>	1	1	<p>8 - 12 meses 4 dientes</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">1</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">1</td> </tr> </table>	1	1	1	1		
1	1								
1	1								
1	1								
<p>10 - 12 meses 6 dientes</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">21</td> <td style="padding: 0 5px;">12</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">1</td> </tr> </table>	21	12	1	1	<p>12 - 17 meses 12 dientes</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4-21</td> <td style="padding: 0 5px;">12-4</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4-21</td> <td style="padding: 0 5px;">12-4</td> </tr> </table>	4-21	12-4	4-21	12-4
21	12								
1	1								
4-21	12-4								
4-21	12-4								
<p>18 - 24 meses 16 dientes</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4321</td> <td style="padding: 0 5px;">1234</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">4321</td> <td style="padding: 0 5px;">1234</td> </tr> </table>	4321	1234	4321	1234	<p>24 - 30 meses 20 dientes</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">54321</td> <td style="padding: 0 5px;">12345</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">54321</td> <td style="padding: 0 5px;">12345</td> </tr> </table>	54321	12345	54321	12345
4321	1234								
4321	1234								
54321	12345								
54321	12345								

Clave: 1 = incisivo central; 2 = incisivo lateral; 3 = canino; 4 = primer molar temporal; 5 = segundo molar temporal.

Dientes permanentes.

6 años-4 dientes	6	6
(articulación clave)	6	6
7-8 años	6 21	12 6
12 dientes	6 21	12 6
11-12 años	654321	123456
24 dientes	654321	123456
12-15 años	7654321	1234567
28 dientes	7654321	1234567
15-30 años	87654321	12345678
32 dientes	87654321	12345678

Clave: 1 = incisivo central; 2 = incisivo lateral; 3 = canino; 4 = primer bicúspide; 5 = segundo bicúspide; 6 = primer molar permanente; 7 = segundo molar permanente; 8 tercer molar permanente. (6 = molar de los 6 años; 7 = molar de los 12 años; 8 = molar del juicio.)

En el hipotiroidismo hay retardo en el desarrollo de los dientes.

En el hiperpituitarismo aparecen precozmente los dientes.

En el hipopituitarismo hay retardo en el brote de ellos, así como también sucede en la hipertrofia del timo.

En el hiperadrenalismo suele haber brote prematuro de los dientes.

Caries dentaria y Calcificación.

Prácticamente casi todas las endocrinopatías son causa de descalcificación y caries dentarias. En muchos casos las perturbaciones metabólicas estorban la asimilación correcta de los alimentos.

En el hipotiroidismo no sólo las coronas de los dientes son poco densas, sino que existe una reabsorción radicular apreciable. Los rayos X señalan una notable descalcificación en los maxilares (superiores) y en los huesos del carpo.

La boca de una persona con dientes sanos marca una proporción de 3 a 7 x 1,000 de colesterol, mientras que con dientes

cariados sube hasta 30 y más por 1,000 en la saliva, estando también elevada la proporción en la sangre; se investiga si hay relación entre ambas alzas de colesterol en los hipotiroides.

En los hipotiroides las descalcificaciones se explican por pérdida o dren, característicos de la hiperfunción de la tiroides. La hipertrofia del timo la acompaña frecuentemente y hace peligrosa la anestesia general clorofórmica y de éter (corazón, e hígado).

En el hiperpituitarismo no hay predisposición general a la caries y la mandíbula es densa y dura.

El hipopituitarismo semeja, en el aspecto de la caries, las condiciones estudiadas en el hipotiroidismo; pero la mandíbula está poco desarrollada y los dientes apiñados.

La insuficiencia paratiroidea parece empobrecer el esmalte en un grado muy marcado, con defectos grandes y erosiones, a la vez que la dentina no está suficientemente calcificada. Esta insuficiencia requiere la investigación del estado del timo, dado que el metabolismo del calcio en el niño está controlado y regido por ambas glándulas de secreción interna.

El hiperparatiroidismo causa la descalcificación de la dentina, con reabsorción extensa de las raíces. La dentina bajo la fresa se siente extraordinariamente blanda, como arenosa.

Los niños hipergónadas son muy propensos a la caries y esta propensión alcanza al rededor de los 20 años. A veces los individuos usan a esa temprana edad de la juventud aparatos protésicos extensos. Los dientes que llegan a la madurez son en cambio ya resistentes a la caries.

En resumen: los dientes que erupcionan tardíamente implican hipotiroidismo o mongolismo.

Los incisivos superiores anchos y muy espaciados harán sospechar hiperfunción hipofisiaria (acromegalia).

Los caninos grandes indican hiperadrenalismo.

La piorrea y los abscesos frecuentes de los dientes hacen sospechar diabetes azucarada.

Las maloclusiones y las deformaciones del esqueleto de la cara se deben frecuentemente a la hipófisis (paladar en ojiva; dientes incisivos exageradamente entrecruzados-overbite. II clase; divisiones y subdivisiones de la clasificación de Ortodoncia de Edward Angle).

Retardo, erupción o persistencia de los dientes temporales, pueden atribuirse a la hipófisis o a la hipofunción tiroidea.

Pequeños incisivos laterales o ausencia de ellos harán pensar en hipogonadismo.

Dientes flojos o cariados en hipotiroidismo.

La pérdida prematura de los incisivos superiores en las caídas indica hipotiroidismo por gravidez continuada.

La hipertrofia de las amígdalas y de los ganglios linfáticos del cuello es signo de hipotiroidismo o bien de hipertrofia del timo; en cualquiera de los casos puede haber exceso de tejido linfoide lo que se presenta también cuando hay insuficiencia adrenal.

Se puede hacer un sumario en forma de cuadros para poder recordarlo fácilmente, como los de la erupción de los dientes que ya van en este trabajo, y que pueden prestar ayuda tanto al Cirujano Dentista como al Médico Cirujano, sin que pretenda yo agotar todas las manifestaciones bucales en las endocrinopatías.

P U E D E H A B E R

En el Hipertiroidismo.

A veces varios dientes al nacer.
Frecuentes caries (dren de calcio).
Huesos maxilares superiores delgados.
Salivación aumentada.

En el Hipotiroidismo.

Retardo en el desarrollo dental.
Incisivos centrales grandes.
Incisivos laterales pequeños.
Dientes encimados.
Malformaciones congénitas de la boca y de los dientes.
Maloclusión.
Infección crónica de amígdalas y senos.
Esmalte y dentina anormalmente suaves.
Reabsorción radicular.
Baja densidad en las coronas.

Descalcificación de los huesos del carpo y del maxilar (superior).
Amígdalas hipertrofiadas.
Boca seca.

En la Hiperfunción de la Hipófisis.

Erupción precoz.
Dientes grandes (tipo cuadrado).
Incisivos superiores anchos y espaciados (errores de alineamiento).
Dientes resistentes a la caries.
Notable hipertrofia mandibular.

En el Hipopituitarismo.

Erupción tardía.
Mandíbula pequeña ("overbite").
Dientes pequeños, infantiles.
Caninos achatados.
Caries rápidas, coronas poco densas.
Dientes apiñados.

Dientes de tinte azulado.
Posible conexión con la piorrea.

En la Hipertrofia del Timo.

Erupción retrasada.
Maxilar superior pequeño.
Incisivos centrales grandes.
Incisivos laterales achatados.
Esmalte pobre.
Caries extensas.
Malformaciones congénitas de la boca y maxilares superior e inferior.
Ganglios y amígdalas hipertrofiados.
Piorrea.

En la Diabetes.

Erupción precoz.
Caries extensas.
Granulomas.
Bordes de la lengua inflamados.
Abscesos y fisuras de la lengua.
Gingivitis y ulceraciones.
Piorrea.
Estomatitis.
Boca seca.
Colesterol elevado en la saliva.
Gusto acre y metálico.

En el Hiperadrenalismo.

Erupción precoz.
Caninos muy grandes.

En el Hipoadrenalismo.

Dientes amarillentos.
Manchas oscuras de la mucomembrana.

En el Hipergonadismo.

Caries frecuentes.
Pérdida precoz de los dientes.

En el Hipogonadismo.

Incisivos laterales y caninos achatados.
Posible conexión con la piorrea.

En la Preñez.

Caries por pérdida de calcio.
Cambio de matiz de los dientes.
Hipertrofias de las encías.
Gingivitis.
Parestesias de la mucosa oral.

En el Hiperparatiroidismo.

Descalcificación de la dentina: caries frecuentes y difícil preparación de cavidades para las obturaciones.
Reabsorción radicular.
Tumores mandibulares de células gigantes.

En el Hipoparatiroidismo.

Dientes atróficos en forma de cuña.
Esmalte defectuoso.
Erosión lateral de los dientes.
Hendeduras y surcos del esmalte (horizontales).
Conexión posible con la piorrea.

Del esquema trazado se pueden deducir dos conclusiones:
1a.—Las endocrinopatías tienen grandes repercusiones en la boca y
2a.—Una vez reconocidas el cirujano-dentista puede ser un colaborador del médico para evitar muchos males a la humanidad.

También puede deducirse que la piorrea no es una entidad

patológica, sino un síndrome en relación con disfunciones de las glándulas endocrinas; así, la teoría infecciosa viene a quedar en un término muy inferior. Los microbios (no específicos en el caso) se albergan en un sitio de menor resistencia, pero el fondo de la descalcificación de la apófisis dentaria debe buscarse en el sistema y a través de las glándulas de secreción interna.



El futuro de la terapéutica antipalúdica *

Por el Dr. GALO SOBERON Y PARRA.

Es un error bastante generalizado, aun entre los mismos médicos, el creer que es fácil curar el paludismo y que contamos para ello con medicamentos totalmente efectivos.

Mas si tenemos en cuenta que la terapéutica debe tender, no solamente a hacer desaparecer los fenómenos clínicos que caracterizan al acceso palúdico, sino también a evitar las recidivas, llegamos a la conclusión de que la medicación actual tiene un alto porcentaje de fracasos y que en muchas ocasiones sólo a base de repetir los tratamientos frecuentemente, es como se obtiene la curación completa de los enfermos.

En realidad desde que se descubrió el poder curativo de la corteza de la quina y sobre todo cuando Pelletier y Caventou aislaron de ella la quinina, la terapéutica dió un paso gigantesco, contándose ya con un medicamento de una efectividad hasta entonces desconocida. Durante muchos años fué este el único medio realmente eficaz que se tenía para yugular con rapidez los accesos palúdicos.

No fué hasta hace algunos años en que, con el descubrimiento de la plasmocina y la atebrina, vino a reforzarse nuestro arsenal terapéutico con dos nuevos medicamentos que tienen indicaciones un tanto diferentes a la quinina, y que han solucionado, aunque sea en parte, el problema originado por la escasa cantidad que se produce de este alcaloide, en relación con su consumo mundial.

Sin pretender negar que existen algunos otros productos que

* Trabajo reglamentario de turno leído en la sesión del 17 de febrero de 1943.

patológica, sino un síndrome en relación con disfunciones de las glándulas endocrinas; así, la teoría infecciosa viene a quedar en un término muy inferior. Los microbios (no específicos en el caso) se albergan en un sitio de menor resistencia, pero el fondo de la descalcificación de la apófisis dentaria debe buscarse en el sistema y a través de las glándulas de secreción interna.



El futuro de la terapéutica antipalúdica *

Por el Dr. GALO SOBERON Y PARRA.

Es un error bastante generalizado, aun entre los mismos médicos, el creer que es fácil curar el paludismo y que contamos para ello con medicamentos totalmente efectivos.

Mas si tenemos en cuenta que la terapéutica debe tender, no solamente a hacer desaparecer los fenómenos clínicos que caracterizan al acceso palúdico, sino también a evitar las recidivas, llegamos a la conclusión de que la medicación actual tiene un alto porcentaje de fracasos y que en muchas ocasiones sólo a base de repetir los tratamientos frecuentemente, es como se obtiene la curación completa de los enfermos.

En realidad desde que se descubrió el poder curativo de la corteza de la quina y sobre todo cuando Pelletier y Caventou aislaron de ella la quinina, la terapéutica dió un paso gigantesco, contándose ya con un medicamento de una efectividad hasta entonces desconocida. Durante muchos años fué este el único medio realmente eficaz que se tenía para yugular con rapidez los accesos palúdicos.

No fué hasta hace algunos años en que, con el descubrimiento de la plasmocina y la atebriina, vino a reforzarse nuestro arsenal terapéutico con dos nuevos medicamentos que tienen indicaciones un tanto diferentes a la quinina, y que han solucionado, aunque sea en parte, el problema originado por la escasa cantidad que se produce de este alcaloide, en relación con su consumo mundial.

Sin pretender negar que existen algunos otros productos que

* Trabajo reglamentario de turno leído en la sesión del 17 de febrero de 1943.