

FRECUENCIA DE PARODONTOPATIAS EN EL INSTITUTO
NACIONAL DE CARDIOLOGIA
INFORME PRELIMINAR Y COMENTARIO BREVE *

LUIS FARILL SOLARES
Académico de número

Es una verdad evidente que en México no tenemos una estadística estomatológica propia. Hemos dado nuestros primeros pasos con la andadera de los datos exóticos: europeos y principalmente norteamericanos. El resultado no ha sido satisfactorio porque, admitiendo la semejanza de los dientes y tejidos parodontales en todos los hombres, hay diferencias trascendentales entre aquellos y nosotros, provenientes de las condiciones geográficas, del factor racial, de la dieta, de las costumbres y hábitos higiénicos y del factor económico, que no autorizan a derivar nuestro conocimiento del suyo.

Sin embargo, así hemos iniciado nuestra marcha. La juventud de la odontología moderna, la conmoción nacional causada por nuestra revolución, las dos guerras mundiales, la influencia de las nuevas ideologías, la rutina y la tradición, permitieron que la marcha científica de México continuara, por inercia, siendo inspirada en el conocimiento de lo que pasaba fuera de nuestras fronteras. Esto sucedió hasta el primer cuarto del siglo actual, porque a partir de entonces, nuevas ideas comenzaron a germinar en los cerebros de los insatisfechos. Y es aquí donde pueden encontrarse las raíces de nuestros nuevos institutos, cuyos creadores soñaron con prestar un servicio social, atendiendo enfermos y previniendo la enfermedad; cumpliendo con una labor pedagógica, enseñando a nuestra juventud; e investigando en el campo científico, para hacer que México escribiera un capítulo en el libro de la ciencia mundial, y para conocernos mejor y estar en las condiciones óptimas para lograr la recuperación nacional. Y al decir "conocernos mejor", tácitamente se admite la indispensable necesidad de contar con datos estadísticos verdaderamente nuestros, que nos muestren el panorama real al que hay que enfrentarnos.

De aquí que los que tenemos la fortuna de ser engranes, aunque pe-

* Trabajo reglamentario leído el día 9 de junio de 1954.

queños, de la maquinaria complicada de instituciones médicas avanzadas que cumplen aquellas finalidades, seamos los más responsables en la labor de iniciar el esfuerzo para adquirir tal conocimiento, dando a saber datos numéricos y estadísticos, provisionales primero, que se aproximen a la realidad y que permitan, en un futuro próximo, establecerlos en forma casi definitiva, y utilizarlos para las nobles finalidades que deben cumplir.

En esta ocasión hemos querido hacer un balance general, una información como la que se obtiene de observar un panorama amplio desde gran altura, referente a uno de los capítulos más importantes de la patología bucal. Pasamos inadvertidos intencionalmente muchos detalles que habitualmente provocan confusión y hacen divagar al investigador. No aspiramos a definir sin error; sino simplemente a dar los datos que sean suficientes para saber de qué hablamos. No clasificamos, porque hacerlo significaría perdernos en un sinnúmero de consideraciones, para llegar a casi ningún resultado práctico. Si todas las parodontopatías tienen tantos rasgos de semejanza entre sí, en su etiología y patogenia, en su sintomatología, en su evolución, en su pronóstico y en su tratamiento, realmente no encontramos justificación para hacer una disección microscópica del tema.

Llamaremos parodontopatías, para los fines de este trabajo, a los padecimientos crónicos de las encías y del aparato fijador de los dientes, que se caracterizan por destruir verticalmente y en forma progresiva las paredes alveolares, hasta causar la expulsión y la pérdida de los dientes afectados. Genérica y vulgarmente se las llama "piorrea alveolar", y con esta denominación, que denota y connota mejor que otras la entidad patológica a que se refiere, creemos que la identificación ya no presenta dificultades.

La importancia de estos padecimientos es indudable. Como foco infeccioso ya mencionamos su influencia en una comunicación anterior. La absorción microbiana por vía sanguínea, a través de los capilares gingivales, es considerable, sobre todo por la extensión del padecimiento. La vía digestiva debe tomarse en consideración, sobre todo cuando el aparato digestivo no es normal, pues pasan a ella gérmenes y toxinas.

Desde el punto de vista local la influencia de estos padecimientos es muy grande, bien por la pérdida de dientes que acarrea (en proporción, bastante más considerable que la debida a la caries), como por el aspecto desagradable de la boca y dientes, por la halitosis característica que provoca y, en tratándose de personas cuidadosas y responsables, por el complejo psicológico a que da lugar. Considero innecesario insistir sobre este particular, y en un último intento de realzar la importancia de estas afecciones, simplemente hago mención del temor y horror de las personas, ante la posibilidad de sufrirlas.

Las parodontopatías forman parte de ese grupo de padecimientos, como la caries dentaria y el coriza, en apariencia tan simples como molestos, cuya etiología y patogenia es extraordinariamente compleja o quizás muy simple, pero todavía no aclarada como quisiéramos, para poderlos prevenir y curar efectivamente.

El conocimiento de los factores etiológicos y de la patogenia de estas afecciones ha evolucionado desde lo misterioso (por desconocido y hasta aparentemente contradictorio) hasta el conocimiento actual, en el que los factores simples adquieren una importancia capital, que antes nunca se pensó siquiera en concederles. Por ser padecimientos que siempre existieron en la Humanidad, hasta 1920 ó 1925 aproximadamente, no se tuvo idea de su mecanismo patogénico. Parecían presentarse casi exclusivamente en individuos con dentaduras fuertes y hasta hermosas, resistentes a la caries, y daban la impresión de que los factores patogénicos, impotentes para destruirlas por este medio, es decir, por el proceso carioso, minaban lenta e insensiblemente sus elementos de soporte, hasta aflojar los dientes y expulsarlos de su cavidad alveolar. Lo más desconcertante era que un padecimiento caracterizado por la destrucción ósea, se presentase donde parecía haber un magnífico índice de calcificación. Inmediatamente después de 1920, se le echó la culpa, pero sin fundamento, al factor endócrino. La administración de productos glandulares, ováricos, tiroideos, testiculares o paratiroides, fue prescrita, sin una base científica, por médicos y dentistas, y también, como antes dijimos, sin éxito. Esta terapéutica, que constituyó al principio un rayo de esperanza en la curación de estas afecciones, al no dar resultado favorable, contribuyó a desalentar aún más a la profesión odontológica, la que se consideró perdida e impotente ante un factor general desconocido, que destruía sin remedio.

Se recurrió al procedimiento quirúrgico para eliminar al tejido afectado y a la encía desprendida, y se obtuvieron algunos éxitos temporales, con el correlativo defecto de dejar unos dientes antiestéticos por lo enormemente descarnados. Sin embargo, meses después, el padecimiento volvía a ser aparente, y con nuevos intentos quirúrgicos, o sin ellos, el pronóstico de "pérdida final de los dientes" se cumplía. El hecho de exponer y hacer objetiva la condición de los tejidos en su intimidad, con la maniobra operatoria, permitió conocer bastante más de la etiología de los padecimientos del parodonto, y de la predominancia de las causas locales, para producirlos. Este es uno de los pilares del conocimiento actual, que permite atribuir gran importancia a los factores siguientes:

1) la falta de higiene, la existencia de tártaro pétreo subgingival que se deposita más y más, haciéndose lugar a costa de las crestas alveolares,

con lo que mina la fijeza del diente, lesiona y mantiene inflamados constantemente los tejidos peridentales, y constituye espacios virtualmente vacíos entre la encía y la raíz dentaria, que con el nombre de "bolsas piorreicas", almacenen productos sépticos que vemos salir como supuración, cuando hacemos presión sobre la encía; 2) la oclusión traumática, o la existencia de lugares donde el contacto de los dientes con sus antagonistas es excesivo o inconveniente, dejando actuar sobre sus órganos de soporte una fuerza muscular que les es lesiva; 3) inversamente, la ausencia de contacto oclusal también es perjudicial por la falta de función; 4) la falta de estímulo a la circulación sanguínea de los capilares gingivales para crear un metabolismo correcto; 5) la delicadeza exagerada del epitelio de la fibromucosa gingival, por la ausencia o defectos del cepillado bucal; 6) las causas que podríamos llamar genéricamente "trabajos odontológicos incorrectos", etc.

De todos modos, el concepto etiológico se ha modificado, llegándose a la conclusión de que las causas simples y de naturaleza local, son las más importantes en la patogenia de estos padecimientos y, lo que es más interesante aún, que la profilaxis y la higiene pueden prevenirlos. Consideramos que actualmente el 90 ó 95 por ciento de las parodontopatías han dejado de ser incurables, cuando se las atiende oportuna y correctamente. Los casos restantes pueden corresponder a individuos cuya salud general sea defectuosa por diversas causas: endocrinopatías, defectos nutricionales, artritis, diabetes, etc., y en los que es absolutamente indispensable la cooperación del médico. Sin embargo, y a pesar de este gran paso en el conocimiento estomatológico, en la práctica el éxito no es frecuente ni duradero, sino en unos cuantos casos, por la falta de oportunidad para tratarlos, por la falta de educación higiénica del pueblo, por la inconstancia del paciente para cooperar con el dentista permanentemente y sin límite de tiempo; por la pobreza, por la nutrición tan deficiente y desequilibrada; y, por último, pero no en último lugar, por la falta de atención de algunos dentistas para otra cosa que no sean los dientes. Este último motivo tiende a desaparecer con el criterio médico, cada día mayor, del dentista actual, y con la fundación de la cátedra de parodoncia en nuestras escuelas, existente en sus planes de estudios desde hace varios años, a cargo de profesionales idóneos. Si bien es cierto que el tratamiento oportuno y correcto de las parodontopatías conduce al éxito, cuya duración depende ya principalmente de la cooperación del paciente; en cambio, la prevención de ellas dista mucho de ser satisfactoria. Claro está que hay, entre los factores etiológicos, muchos que no está en nuestra mano eliminar; pero sí hay algunos trascendentales que no se ponen en juego, y que al tomarlos en

cuenta deben dar muy buenos resultados. Ya dejamos establecido el error imperdonable del dentista que en sus exámenes y tratamientos los pasa por alto, para dedicar su atención exclusivamente al problema estrictamente odontológico. Pero para descubrir sus manifestaciones clínicas en gran escala y con la mayor oportunidad, nadie quizá mejor que el médico, cuando hace ese reconocimiento de primera vez de sus pacientes. Desgraciadamente, hasta ahora, con muy honrosas excepciones, no ha concedido importancia a los padecimientos bucales, y hasta en el trabajo hospitalario (donde resulta tan sencillo enviar los enfermos al Servicio de Estomatología), no es solicitada la cooperación del dentista, como consideramos que debiera ser. En presencia de cualesquier otros padecimientos de la incumbencia de diversos especialistas, recomienda y exige su tratamiento, y, en cambio, no hace lo mismo en tratándose de las lesiones de la boca y dientes. Hacemos notar esta circunstancia con la mira de corregirla, y de estrechar aún más los vínculos interprofesionales del médico con el dentista, de cuyo estrechamiento ha de resultar un gran beneficio para ambos, y sobre todo, para los enfermos.

Hemos considerado necesaria esta exposición para mostrar ante los más distinguidos exponentes de la medicina en México, el panorama general de las parodontopatías, tal y como lo ve un cirujano dentista. Ahora sólo nos resta exponer los datos numéricos resultantes de nuestro estudio.

Examinamos los datos de 1,644 enfermos cardiovasculares, y de 192 individuos con corazón normal. Estos últimos con la idea de hacer comparación. En total, 1,836 individuos. El número es corto para pretender sentar bases, y por esto lo consideramos un reporte preliminar, susceptible de ser modificado cuando aquel aumente, y nuestros métodos de investigación se perfeccionen.

El examen clínico se completó con la radiografía en serie, la transluminación y las pruebas eléctrica y térmica de la vitalidad pulpar, constituyendo la exploración clínica más completa que puede hacerse por rutina.

Todos los individuos fueron clasificados por edades, y formaron cuatro grupos: el A de 5 a 15 años, el B de 16 a 30, el C de 31 a 45, y el D de 45 años en adelante. Cada uno fue subdividido en dos, según el sexo; el número 1 para el masculino, y el número 2 para el femenino.

Los enfermos cardiovasculares fueron: 649 reumáticos, casi todos con el mismo diagnóstico de endomiocarditis reumatisal con doble lesión mitral; cifra que equivale al 62 por ciento del número total. Diecisiete con persistencia del conducto arterial, 48 hipertensos, 42 sifilíticos y 292 con padecimientos diversos del aparato circulatorio. Por este motivo creemos que, si alguna importancia pueden tener estos datos numéricos, es, en el aspecto

general, en relación con la patología del aparato circulatorio, y particularmente, con el reumatismo cardíaco.

El estudio bucodentario, clínico y radiológico, de los individuos examinados, nos permitió catalogarlos en cuatro grados diferentes, desde el primero, en que la inflamación gingival se acompaña de una resorción ósea alveolar incipiente, y no existe movilidad anormal del diente, hasta el cuarto grado, cuando la destrucción alveolar es casi total, en que el diente se considera perdido por su movilidad extrema, por la lesión de las partes blandas peridentales, y hasta por la abundante supuración que guardan sus "bolsas piorreicas", que es causa de una piofagia intensa. Cuando esta resorción ósea no es apreciable, y existen manifestaciones inflamatorias gingivales, el caso se calificó como gingivitis.

El resultado fue el siguiente:

En los grupos A-1 y A-2 de individuos de 5 a 15 años en sanos y enfermos, no hubo parodontopatías. Esto ratifica lo aceptado hasta hoy, de que en los niños no hay piorrea alveolar, y que este padecimiento, así globalmente considerado, es propio de la vida adulta. En esta edad encontramos la gingivitis y otros padecimientos de la mucosa bucal, como el herpes labial, las ulceraciones aftosas, la gíngivoestomatitis de Vincent, y otros padecimientos, generalmente infecciosos, que no corresponden a este estudio.

La gingivitis es muy frecuente, principalmente debida al fenómeno fisiológico de la erupción dentaria, y da a los hombres enfermos, un 45.3 contra el 56.4 por ciento en las mujercitas; y en los sanos, 40 por ciento a los hombres, y 60 a las mujeres.

En el grupo B, de los cardiópatas entre 16 y 30 años, los varones fueron 151, y de ellos, 36 presentaron parodontopatías, o sea, un 23 por ciento.

Las mujeres de este mismo grupo fueron 215, y de ellas 30 presentaron parodontopatías (14%).

En cambio, la gingivitis incipiente o avanzada, da un resultado inverso: 87 por ciento en las mujeres contra 79 en los hombres. Quizá haya influido para aumentar el por ciento la repercusión que sobre las encías puedan tener el embarazo y el período menstrual.

En el mismo grupo B de los individuos con aparato circulatorio normal hubo cuatro casos de parodontosis incipiente, que dan un 16 por ciento en los hombres. En las mujeres hubo siete casos, cinco incipientes y dos avanzados (28%).

La gingivitis dio, en los hombres, 68, y en las mujeres, 72 por ciento.

El grupo C de cardiópatas, reúne 162 hombres, de los cuales 92

(56.8%), presentaron parodontopatías. De las 234 mujeres de este mismo grupo C, 165 (70%) tuvieron padecimientos parodontales.

La gingivitis, en este mismo grupo, da un 77 por ciento a los hombres, y un 85 a las mujeres.

El grupo C, de hombres normales, presentó parodontopatías en 16 individuos (64%). Las mujeres del mismo grupo, presentaron el mismo número.

En la gingivitis, en cambio, sí hubo diferencia: los hombres con 64, y las mujeres con 80 por ciento.

En el último grupo, D (cardiópatas de 45 años de edad en adelante), los hombres fueron 154, con 132 casos de parodontopatías, o sea un 85.7 por ciento. Las mujeres fueron 246, con 217 enfermas del parodonto, o sea un 88.2 por ciento.

La gingivitis, en cambio, da un por ciento mayor a los hombres (90) que a las mujeres (84).

En este último grupo D, individuos normales de más de 45 años de edad, los hombres no completaron la cifra de 25, y fueron sólo 17. Este número no pudo completarse, en virtud de que tomamos en cuenta sólo los casos con diagnóstico de "corazón normal", establecido por los médicos de la Consulta Externa del Instituto, después de haber sido objeto de una revisión y examen completos. Doce individuos varones de este grupo, presentaron parodontopatías (lo que corresponde a 70%), mientras las mujeres, cuyo número sí fue de 25, dio un saldo de 20 enfermas del parodonto (80%).

En la gingivitis, la frecuencia fue ligeramente mayor en la mujer (84%) que en el hombre (82%).

El promedio general de la frecuencia en los individuos sanos y en los enfermos, con objeto de hacer una comparación a grosso modo, es como sigue:

Parodontopatías. En los sanos: hombres, 50 por ciento; mujeres, 57. En los enfermos: hombres, 55; mujeres, 57 por ciento.

Gingivitis. En los sanos: hombres, 63.5 por ciento; mujeres, 74 por ciento. En los enfermos: hombres, 69.5 por ciento; mujeres, 78.

Si hacemos el promedio global de todos los hombres y de todas las mujeres, sanos y enfermos, resulta el siguiente:

| Hombres | Mujeres |
|------------------------|----------------------|
| Parodontopatías: 52.6% | Parodontopatías: 59% |
| Gingivitis: 66.5% | Gingivitis: 76% |

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Consideramos que en México no tenemos estadística estomatológica propia, y nos atrevemos a presentar datos numéricos sobre la frecuencia de las parodontopatías y de la gingivitis, observada en el Instituto Nacional de Cardiología, en el estudio de 1,836 individuos. Este número reducido permite solamente considerar esta información como provisional.

2. En el transcurso de 30 años el conocimiento sobre la etiología y patogenia de tales afecciones ha evolucionado tanto como para poder afirmar que son curables en la casi totalidad de casos, condicionalmente. La complicidad de algunos padecimientos, como la diabetes, el artritismo, las endocrinopatías, los defectos nutricionales, y, en general, todos los que alteren el metabolismo normal, es sumamente desfavorable para el pronóstico, y exige, indispensablemente, la cooperación del médico. Aun así, las más veces es un obstáculo insuperable para la curación.

3. En materia de prevención, nada se ha hecho prácticamente. La educación higiénica del pueblo, que la profesión médica y ramas afines deben tomar a su cargo, es indispensable ya en el México moderno. El cirujano dentista debe prestar atención preferente a los padecimientos parodontales, y el médico cirujano, que los descubre frecuentemente en sus exámenes clínicos, debe recomendar y exigir a sus pacientes que tales afecciones sean tratadas, del mismo modo que lo hace en tratándose de padecimientos correspondientes a otras especialidades médicas. La cooperación interprofesional del médico y del dentista debe ser más efectiva y estrecha, para bien de los enfermos y de ellos mismos.

4. Se indica la frecuencia de los padecimientos parodontales, en los dos sexos y en las diferentes edades, de lo que puede advertirse que dicha frecuencia es mayor en la mujer que en el hombre, y que exige que se tomen medidas profilácticas y curativas para prevenir y curar dichos padecimientos.

5. La gingivitis, globalmente considerada, es aún más frecuente que las parodontopatías, y es un claro indicio de la deficiente higiene bucal de nuestra población. Exige también el incremento de la educación higiénica, y la preocupación útil del cirujano dentista para enseñar cómo debe cuidarse la boca y los dientes. La cooperación del médico cirujano habrá de ser de incomparable valor.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

1. Since Mexico has been lacking proper stomatological statistics, we present numerical data on the frequency of parodontopathies and gingivitis among 1,836 persons studied at the Instituto Nacional de Cardiología. Such figure allows us to present this report as a provisional one.

2. The knowledge of the etiology and pathogeny of such conditions is enough to ascertain that, conditionally, they almost always answer favorably to the medical treatment.

Several complications such as diabetes mellitus, arthritis, endocrinopathies and nutritional deficiencies, unfavorably affect the prognosis, and demand the cooperation of the internist.

Even then, they represent unsurmountable obstacles to the healing of parodontopathies.

3. Practically nothing has been done from a prophylactic point of view. Public hygienical training is mandatory in modern Mexico, and should be undertaken by the medical profession. The dental surgeon should give a special attention to parodontal ailments and the physician, who is frequently the person who discovers them in a clinical examination, should demand that his patients have such conditions taken care of. The physician and dentist should be in closer contact for the benefit of the patient.

4. The incidence of parodontal disturbances for both sexes and for different age groups, is presented. Such conditions are more frequent in women.

5. Gingivitis, considered as a whole, is even more frequent than parodontopathies, and is a clear index of the faulty oral hygiene of our people, which must be taught and encouraged by both the dentist and the physician.

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DOCTOR LUIS FARILL SOLARES

MANUEL VAQUERO
Académico de número

Por carecer de conocimientos suficientes en estomatología, me es imposible hacer un comentario cabal del trabajo que nos ha presentado el doctor Farill, así que no podría cotejar la estadística que nos muestra con la de otros países, o aun en nuestro país, con la de otros centros nosocomiales. Por lo que se desprende de lo que hemos oído, la frecuencia de las parodontopatías es sumamente alta desde edades que podremos considerar tempranas (grupo B) sobre todo en lo que se refiere a las gingivitis que dan cifras oscilantes entre 68 y 87 por ciento.

Ahora bien, dado que se trata de padecimientos de etiología impre-cisa, en que intervienen un gran número de factores, y de evolución fatalmente progresiva, a menos que se atiendan oportunamente, la frecuente indiferencia con que son vistos por los médicos es notoriamente inconveniente y perjudicial; tanto más, cuanto que muchos de ellos en diversas fases de su evolución dan lugar a infecciones focales capaces de ser punto de partida de graves males.

Me parece que la conclusión más importante de este trabajo es la de incitar al médico a tener una cooperación más estrecha con el dentista, procurando que a sus pacientes les sean resueltos sus problemas estomatológicos antes de que sea demasiado tarde y dándoles toda la categoría que merecen.