

## ESTOMATOLOGIA Y MEDICINA PREVENTIVA \*

Dr. JUAN CAROL MONTFORT  
(Académico Numerario)

Veinte años después de mi ingreso, un precepto reglamentario me confiere el honor de ocupar nuevamente esta tribuna. Muy ilustres académicos me han precedido en esta solemnidad; muchos han desaparecido de entre nosotros por la ley inexorable de la vida, pues como en su discurso de ingreso decía nuestro anterior presidente doctor Pedro y Pons, se puede ser catedrático relativamente joven, pero no se puede ingresar en la Real Academia sin haber pasado la prueba de la madurez.

Al recordarlos en este momento desearía poseer aquella claridad de concepto y justeza de expresión que los caracterizó, para merecer la atención de los que se han dignado acompañarnos en esta solemnidad.

En el discurso de ingreso traté de corresponder al honor que a través de mi persona se hacía a la Estomatología, al designar un sillón para sus miembros, aportando un trabajo doctrinal sobre «Neoplasias de los maxilares re-

lacionadas con el sistema dentario», en el que se precisaba la «Ley de los extremos seriales» en la localización de los desórdenes odontogénicos y su concomitancia con las neoplasias propias de los maxilares, deseando con ello mostrar el alto nivel científico alcanzado por la Estomatología.

Hoy, más que un tema de carácter científico, me ha parecido pertinente ocuparme de Estomatología en su condición de profesión sanitaria y su importancia social en el campo de la medicina profiláctica.

\* \* \*

Al enjuiciar la significación de la Estomatología entre las profesiones sanitarias, creo necesario precisar conceptos e interpretaciones erróneas sobre Odontología y Estomatología. En realidad se trata de denominaciones diferentes que desde antiguo se han aplicado a profesionales dedicados substancialmente a una misma activi-

\* Discurso de turno de la Sesión inaugural del Curso. 25-1-76.

dad: el tratamiento de las afecciones de la boca y de los dientes.

La Estomatología, como todas las especialidades quirúrgicas es hija de aquellos primitivos cirujanos que vivieron en los tiempos medievales, cuando la medicina impregnada de dogmatismos filosóficos, los consideraba como un estamento de inferior condición social.

Así se comprende que en el árbol de las corporaciones gremiales del medioevo, en la ciudad de Barcelona se agrupen en una misma condición y en este orden, los médicos y los cirujanos barberos. Ello nos hace pensar que como otras tantas especialidades, la Cirugía diera sus primeros pasos en el taller del artífice, antes de adentrarse en las esferas profesionales.

Entre el anonimato de estos primitivos cirujanos barberos, Ambrosio Paré superando y dignificando su profesión, sustituyó el dogmatismo y la rutina por el razonamiento y la observación, cambiando las prácticas quirúrgicas de su época, especialmente en cirugía de guerra, cimentando con sus aportaciones los fundamentos de la moderna Cirugía. Como los cirujanos de su tiempo se ocupó de los tratamientos odontológicos creando aparatos y procedimientos que fueron usados hasta entrada el siglo dieciocho.

Al aumentar las posibilidades de la cirugía, pronto se delimitaron dos grupos de cirujanos, los cirujanos mayores, así denominados que se ocuparon de las grandes intervenciones y los cirujanos menores que cuidaron de las

fracturas, sangrías y asimismo de las prácticas estomatológicas.

Sin embargo, la consagración de la Odontología, con personalidad propia no se realizó hasta 1728 cuando Fouchard, que con gran prestigio ejercía en París, publicó una obra titulada «Le Chirurgien Dentiste», en la que se resumen los conocimientos y las prácticas de aquella época, con lo que quedó definido el nombre y personalidad de la nueva profesión. El Dental Surgery de los países de habla inglesa, el más pomposo Doctor Dental Surgery de los norteamericanos y el cirujano dentista que hace años estaba vigente en España, dan fe de esta asceveración.

En lo sucesivo, los valores personales se fueron definiendo siendo numerosos los autores que desde un punto de vista científico o simplemente técnico se ocuparon de Odontología; de ello hemos tratado en publicaciones anteriores. Asimismo se organizaron las agrupaciones profesionales, se fundaron centros docentes y finalmente se crearon los organismos oficiales encargados de regular las condiciones legales de ejercicio.

Bajo circunstancias diferentes, pero con un mismo contenido substancial, esta evolución ha presentado caracteres distintos y ha adoptado modalidades diversas según los países. En algunos, como en los países escandinavos y las repúblicas sudamericanas, la Estomatología constituye una Facultad independiente análoga a la Medicina o a la de Farmacia; en otros se han organizado los estudios en escuelas especiales independientes; y en otros en es-

cuelas adscritas a las Facultades de Medicina.

En España, la evolución de la Estomatología ha sido lenta, irregular y discontinua, a pesar de los esfuerzos realizados por las corporaciones y estamentos profesionales, que no siempre sincronizaron sus aspiraciones, con los designios de las altas esferas de la Administración.

Este retraso se ha producido, principalmente, por la falta de formación docente, pues desde el año 1875 en el que se creó el título de Cirujano - Dentista, hasta el año 1902 cuando se creó el título de Odontólogo y empezó a funcionar la Escuela de Odontología en Madrid, pasó un cuarto de siglo sin organismo donde atender la formación profesional. También ha contribuido a esta demora el hecho de que el título de odontólogo llevaba consigo el menoscabo de no conferir facultad docente a sus poseedores, por lo que si bien supuso un gran avance en el conjunto de conocimientos exigidos para su posesión, les dejaba carentes de la posibilidad de ingresar en el profesorado de la Escuela.

Actualmente el título de Médico Estomatólogo es el único título oficial de especialista otorgado por el Estado, para el que se exige el máximo de escolaridad, con lo que en el transcurso de 75 años, una profesión casi marginada, con vestigios de artesanía, ha pasado a ser la profesión para la que se exige el mayor número de conocimientos y la que ha obtenido las mayores prerrogativas oficiales.

La diversidad de denominaciones en

los respectivos títulos profesionales: Practicante, Cirujano Dentista, Odontólogo y Estomatólogo, muestran las etapas del proceso evolutivo de la Estomatología en nuestro país.

Así fueron desenvolviéndose nuestros predecesores, si no alejados, por lo menos separadamente de los demás cirujanos, con apariencia de una profesión distinta, sin llegar a compenetrarse como especialistas de una misma profesión.

Bien es verdad que este distanciamiento fue más aparente en cuanto a la organización profesional que en la realidad de los hechos, pues en todas las épocas han existido médicos dedicados al ejercicio de la odontología —por lo que a Barcelona se refiere tenemos testimonio documental de ellos desde el año 1835— y muchos han sido los odontólogos que han ampliado sus estudios de medicina, no precisamente para extender su práctica profesional, sino para aumentar el caudal de sus conocimientos en el campo de sus propias actividades.

Sin embargo, dos circunstancias motivaron la nueva conjunción de la Odontología con las demás ramas de la Medicina. Los equipos maxilofaciales creados durante la primera guerra europea y las aplicaciones en la práctica de los conocimientos sobre infección focal puestos de manifiesto por Rosenow.

Ambas condiciones mantienen viva su vigencia, pues los traumatismos faciales continúan siendo abundantes, sobre todo en los accidentes de tráfico, por lo que en los equipos quirúrgicos

figura un estomatólogo, dado que su actuación prematura, es de la mayor eficacia en el tratamiento de los traumatismos y lesiones de los maxilares.

También ha contribuido a esta conjunción, la frecuencia de afecciones generalizadas que tienen como focos primarios lesiones buco - dentarias muchas veces puestas de manifiesto en sus inicios o bien detectadas por los adecuados medios de exploración usados en Estomatología.

Afortunadamente los distanciamientos han sido definitivamente superados y en la actualidad la Estomatología constituye una rama fecunda de la Medicina, con una exuberancia de subespecializaciones y con tanta vitalidad, que desbordando su natural campo de actuación, induce a sus cultivadores a adentrarse en los dominios de la cirugía craneofacial, alejándose del terreno puramente estomatológico para expandirse en el amplio campo de la cirugía.

\* \* \*

Entre las enfermedades endémicas, que sufre la humanidad, seguramente la caries dental ocupa el porcentaje más elevado; y lo mismo podríamos decir en relación a la paradentosis (piorrea alveolar); ambas afecciones dejan lesiones irreversibles por cuyos motivos ocupan un sitio preferente entre los primeros lugares de la medicina profiláctica y justo es reconocer que aunque desde antiguo se ha tratado de prevenirlas y de evitar sus consecuencias, los esfuerzos realizados no han estado compensados por los resultados obtenidos.

La concepción básica de la profilaxis dental ha sido y aún vive, de la teoría microbiana; incluso hubo una época, en la que los esfuerzos se concentraron en descubrir el germen causal.

En realidad, se trata de un proceso mixto de proteolisis y de decalcificación de los tejidos duros del diente que no tiene nada de específico, producido por la retención y colonización de los gérmenes saprofitos de la boca en condiciones apropiadas, topográfica y biológicamente.

Con todo, numerosas observaciones clínicas nos obligan a reconsiderar nuestros conocimientos; no sabemos el porqué ciertas personas son inmunes a la caries y precisamente en algunos casos personas que han descuidado la higiene dental; tampoco conocemos el porqué de la inmunidad en los casos de la caries detenida por un proceso natural del diente afecto; observación que ya había sido verificada por antiguos autores, quienes la habían diferenciado con el nombre de caries seca.

Tampoco se ha estudiado debidamente el papel de la herencia aunque se haya podido constatar su acción en la susceptibilidad e inmunidad entre miembros de una misma familia, según sea el predominio de su ascendente paterno o materno.

Durante muchos años ha predominado el concepto mecánico del sistema dental, considerándolo como un conjunto de dientes implantados en los maxilares sin tener en cuenta su condición de órganos vitales, sujetos a los mismos procesos metabólicos que el

resto del organismo; en realidad el sistema dental constituye una unidad funcional integrada en el organismo humano, con condiciones biológicas bien definidas que conservan durante toda la vida, su vitalidad y poder reaccional frente a las agresiones que pueden afectarles.

La vitalidad de los tejidos dentales, ha sido puesta en evidencia por varios autores, también nosotros nos hemos ocupado de ello, en diversas publicaciones, analizando las propiedades reaccionales de los tejidos duros del diente y del proceso histológico de su inmunidad, en aquellos casos de detención natural de la caries precisando el substractum histológico de la reacción dentino pulpar.

En síntesis esta reacción se manifiesta por una zona de dentina eburnificada, otra zona de dentina translúcida base - tubular y por las producciones dentinoides oclusales, conocidas generalmente con el nombre de dentina secundaria. Con esta transformación de los tejidos duros del diente, la zona afecta queda delimitada, ocluida y separada del resto del diente y se conserva análogamente a lo que en los tegumentos representa una cicatriz.

Al plantear el problema de la profilaxis de la caries, enfocándolo según los actuales conocimientos, debemos considerar dos factores básicos: los referentes a las condiciones de los tejidos dentales y los propios del organismo en general.

La caries, aun siendo enfermedad de todas las edades, alcanza el máximo en la juventud; ello es debido princi-

palmente a que en los primeros años los tubos dentinales, son anchos y amplias sus comunicaciones y el proceso destructivo se extiende con facilidad; pero cuando se acrecienta la mineralización del diente, que de manera menos activa perdura toda la vida, disminuye el diámetro de los tubos, aumentando en consecuencia la substancia fundamental. Este proceso de transformación dentinal hace más impenetrable el diente adulto y más mineralizado que el diente joven.

Por otra parte los desequilibrios propios de la adolescencia también influyen en el metabolismo dentario alterando las condiciones nutritivas de sus tejidos.

Conocido es el diagnóstico retrospectivo por lesiones producidas sincrónicamente a consecuencia de enfermedades sufridas en los primeros años de la vida. Estos defectos en la formación de los tejidos dentales se producen durante el período folicular antes de su erupción, con motivo de fiebres eruptivas, infecciones, etc., que alteran los procesos nutritivos y estos defectos, que persisten toda la vida, permiten descubrir a posteriori y a larga distancia, enfermedades sufridas durante el período folicular de la génesis dentaria y por medio de ellos determinar la edad aproximada en que tales defectos se produjeron.

De todo ello se deducen dos medidas profilácticas necesarias, una que interesa al internista y también al endocrinólogo y otra que corresponde al cometido del estomatólogo.

Es conocida la observación de que

los dientes tratados en edades juveniles de caries incipientes con obturaciones metálicas, se conservan muchísimos años, incluso definitivamente, sin que la caries se reproduzca. Esta inmunización aparece clara a la luz de los actuales conocimientos, pues con el debido tratamiento no sólo se han eliminado las porciones de dentina afecta, sino que también los estímulos lentos y continuados de las obturaciones metálicas, estímulos térmicos, químicos, tal vez electrostáticos, han provocado la maduración prematura de la dentina produciéndose la eburnificación de la misma.

Estas obturaciones precoces, que en su día designamos con el nombre de *obturaciones profilácticas*, nos ofrecen uno de los medios más efectivos con que contamos en la lucha contra la caries dental. De aquí la necesidad de difundir estos conocimientos y la conveniencia de efectuar en los niños revisiones frecuentes, para poder prematuramente proceder a la realización de tales obturaciones.

Los servicios médicos de la municipalidad de Viena habían, hace ya muchos años, proscrito los tratamientos radiculares en sus servicios odontológicos, por su inutilidad a largo plazo, ante la posibilidad de infecciones perirradiculares y principalmente por considerar que la curación prematura de las caries incipientes, era suficiente para obtener resultados definitivos.

Rectificando la actual orientación, conviene difundir la idea de que los dientes no se hacen invulnerables a la caries, con sólo los cuidados higiéni-

cos a base de dentríficos y del cepillo. Las inspecciones periódicas y frecuentes y el cumplimiento de las indicaciones resultantes, constituyen la base de toda organización profiláctica bien orientada, tratando de provocar, por medio de obturaciones profilácticas, la eburnificación de la dentina, no solamente en los dientes con caries incipientes, sino que también en aquellos en los que sus disposiciones morfológicas, surcos profundos y anfractuosidades oclusales, pueden ser consideradas como caries potenciales.

Además de las inspecciones precoces y de las obturaciones profilácticas, no podemos pasar por alto algunas consideraciones sobre el debido uso del cepillo dental, al que hace poco hemos aludido, asunto aparentemente liviano, pero en realidad no menos trascendente.

El cepillo dental apropiado, utensilio de tocador —en profilaxis bucodentaria cuando se usa inadecuadamente, como corrientemente ocurre—, puede resultar eminentemente perjudicial.

Para razonar esta aseveración es preciso recordar, aunque sea esquemáticamente, el dispositivo anatómico de la implantación dentaria.

La boca admirablemente defendida por la continua renovación del epitelio mucoso y las defensas del dermis tegumentario tiene un punto flaco, tal es discontinuidad del epitelio bucal alrededor del cuello dentario para dar paso a los dientes en su implantación en los respectivos alveolos. Aquí la cubierta tegumentaria queda rota y la fibromucosa gingival se convierte en

un verdadero ligamento circular que rodeando el cuello del diente, actúa como opérculo oclusal que cierra la articulación alveolo - dentaria. Este es un sitio delicado y vulnerable donde sólo las defensas del mesodermo están encargadas de mantener el equilibrio biológico del medio bucal.

Téngase presente la delicadez del epitelio gingival y se comprenderá que cualquier traumatismo que repetidamente altere el dispositivo anatómico de esta región, se traduce en lesiones atróficas de la mucosa gingival causando su retracción y el correspondiente descarnamiento de los dientes y con ello la reabsorción de la cresta alveolar, primera fase de la artritis alveolo - dentaria característica de la piorrea alveolar.

Adviértase, además, que juntamente con los materiales sólidos que el cepillo recoge se encuentran los gérmenes saprofitos de la boca, los cuales esporulan con la desecación y al frotar de nuevo en la encía es posible provocar nuevas siembras, lo cual debe evitarse, sobre todo ante la posible existencia de gérmenes patógenos. Muchas veces es el cepillo el causante de la muy contagiosa gingivitis ulcerosa marginal. Por ello y para mantenerlo en las debidas condiciones de asepticidad, una vez limpiado debe conservarse en una solución ligeramente antiséptica, en la que deben permanecer durante los intervalos en que no se usa.

Continuando nuestro comentario sobre profilaxis en estomatología, destacaremos la necesidad de prestar especial interés al período escolar, pues

conviene no olvidar que a los seis años, hace erupción el primer molar permanente, encargado de mantener la correlación de las arcadas dentarias durante el largo período del cambio de dentición, para permanecer toda la vida.

Por ello, se debe cuidar muy especialmente este primer molar, que comienza a desarrollarse en los primeros meses para hacer erupción alrededor de los seis años, cuando aún no está totalmente formada su porción radicular; cuando por su amplia cavidad pulpar y por la anchura de sus tubos dentinales, así como por qué durante el período folicular en los primeros años, es susceptible de acusar posibles lesiones causadas por las enfermedades de la infancia, este molar es el más susceptible de enfermar; teóricamente es el órgano dental que debe permanecer más años en la boca y en realidad es el primero que se pierde; de aquí la imperiosa necesidad de que las inspecciones sean precoces y frecuentes, muy especialmente durante los primeros años de la vida y la ineludible obligación de cumplimentar las indicaciones resultantes, sobre todo en lo referente a las obturaciones profilácticas, que en la actualidad constituyen el procedimiento más eficaz de que disponemos en prevención odontológica.

Además, conviene no olvidar que la pérdida prematura del primer molar es causa de anormalidad en la conformación de las arcadas dentarias y en último término la malposición de los dientes definitivos y las consiguientes alteraciones en el dispositivo oclusal de la articulación alveolar dentaria

causados por el apiñamiento de los dientes y ello impide la normal conformación del rodete epitelio - fibroso, que rodea al cuello dentario. En este sentido la ortodoncia, además del factor estético y funcional, cumple el cometido de una verdadera misión profiláctica bucodental.

No sería propio de esta solemnidad alargar indebidamente esta disertación tratando de exponer la multiplicidad de aspectos que comprende la profilaxis estomatológica, sin embargo, dada su actualidad, creo oportuno un breve comentario sobre el uso de los fluoruros en la prevención de la caries dental.

Existen zonas o áreas geográficas —hace años se localizó una en los alrededores de Caldas de Montbui—, en las que con carácter endémico se presenta una alteración congénita conocida con el nombre de dientes beteados o dientes moteados, caracterizada por la presencia en el esmalte de manchas o franjas opalinas de color amarillo parduzco más o menos extensas acompañadas algunas veces de irregularidades o picaduras en su superficie.

El hecho de su limitación a determinadas comarcas, hizo pensar en la posibilidad del origen hídrico de tales desórdenes y estudios cuidadosamente realizados pusieron de manifiesto la abundancia de fluoruros en el agua usada en tales demarcaciones para usos domésticos.

Estudios posteriores realizados sistemáticamente demostraron una relación directa y cuantitativa entre la concentración de fluoruro del agua y la abundancia de dientes afectos; cuando

la concentración de fluoruro alcanzaba 8'0 parte por millón de agua, la casi totalidad de la población tenía dientes afectados; por contra una concentración de 1 parte por millón no parecía producir modificaciones dentales aparentes. También se puso de manifiesto que la fluorosis dental aparece solamente cuando los dientes han estado expuestos a la acción del flúor durante el período de su formación.

En el transcurso de tales estudios se observó la pequeña incidencia de caries en los dientes afectados y se pensó en una posible acción anticaries de los fluoruros y la posibilidad de utilizar esta propiedad a efectos profilácticos.

Desde entonces la acción de los fluoruros y su aplicación a la prevención de la caries dental ha sido objeto de múltiples y documentados trabajos y de metódicas investigaciones principalmente por Dean y sus colaboradores, verificados en poblaciones de la zona norte de los Estados Unidos en los escolares de diferentes poblaciones, que poseyendo condiciones ambientales semejantes, contenían diferente índice de fluoruro en el agua de bebida.

Los resultados a largo plazo se dedujeron de estadísticas minuciosamente estudiadas bajo el patrón de dientes cariados, dientes perdidos y dientes restaurados —fórmula C.P.R.—. Como resultado de estos datos se comprobó una notable disminución de dientes perdidos, en los niños nacidos después de la fluorización del agua, disminución que llegó a alcanzar hasta un 60 por 100. También permitieron fijar

entre 0,5 y 1 parte por millón, la cantidad de fluoruro suficiente a efectos de protección, sin que se produzcan efectos nocivos.

Desde entonces y a pesar de las dificultades de orden práctico y las limitaciones que entraña la fluorización del agua, especialmente por afectar indiscriminadamente a todas las personas de diferente salud y a los posibles efectos de acumulación de un uso prolongado; seguramente por los efectos beneficiosos observados en el período de formación dental, la fluorización del agua se verifica en muchas poblaciones de Estados Unidos y en Canadá, así como en varias localidades de Europa, en muchas poblaciones donde las aguas están hipomineralizadas.

No se ha precisado con exactitud cuál es el proceso íntimo de la aparente inmunización contra la caries, pero todo induce a pensar que éste tiene lugar durante la formación dental, cuando en el folículo se ha verificado la diferenciación de los prismas adamantinos y se inicia el proceso de mineralización. Dada la gran afinidad que el ion flúor tiene para las sales de calcio, se cree que la hidróxido apatita de los prismas se transforma en fluor apatita, la cual además de poseer mayor dureza, es mucho más resistente a la acción de los ácidos. Esto puede ayudar a comprender que los efectos protectores del flúor sean más aparentes en el período escolar, puesto que en estos años se está desarrollando la dentición permanente.

Muchas divergencias y pareceres contradictorios existen cuando se trata

de apreciar los efectos del fluor en cuanto a la acción protectora en el adulto, así como la posible acción tóxica de soluciones, dentífricos, etc., igualmente en cuanto se refiere a los posibles efectos tóxicos que un uso continuado puede ocasionar, dado su preferente acumulación en los tejidos calcificados.

En resumen, parecen probados los beneficiosos efectos de la fluorización del agua durante el período de la formación dentaria y queda pendiente de posteriores estudios la fluorización tóxica, así como los efectos que a largo plazo pueden ocasionar en el adulto la acción tóxica del flúor, sobre todo por su manifiesta afinidad para el sistema esquelético.

Como se ha podido apreciar en el transcurso de esta breve resección, un programa completo de profilaxis bucodentaria afecta de manera primerísima a la población infantil porque la máxima eficacia de la misma exige una acusada actuación en este período, durante el cual se está desarrollando la formación de la dentición permanente y con ella el desarrollo de los maxilares. Conferencias, proyección de filmes educativos, carteles y todo cuanto puede contribuir a lograr en los escolares una conciencia del valor que para su salud y buen desarrollo significa la integridad del sistema dentario son elementos indispensables para la instrucción en materia de profilaxis dental; pero esta formación sería insuficiente sin una organización que cuidara de la ordenación, realización y continui-

dad de su puesta en práctica. Existen antecedentes relacionados con esta misión.

La inspección dental en las escuelas fue decretada a principios de siglo por el Ex - Ayuntamiento de Barcelona y posteriormente la Associació d'Odontòlegs de llengua catalana, entidad que tenía como misión primordial la difusión de la profilaxis dental, en asambleas celebradas en Palma de Mallorca y Tarragona se ocupó extensamente de difundir estos preceptos, publicando carteles, proyectando películas instructivas, reuniendo los escolares de dichas poblaciones en conferencias y demostraciones adecuadas a tales fines.

Sin embargo, la realización en gran escala de tales medidas, no es tarea que resulte fácil de realizar, dada la falta de medios y personal adecuados. El egocentrismo docente que durante

tantos años retrasó el desenvolvimiento de la Estomatología española aún se deja sentir en el número reducido de profesionales en ejercicio en relación a la población actual.

Confiamos que en un futuro próximo, sean más numerosos los centros docentes y más acordes con la realidad de las necesidades teóricas y prácticas los futuros planes de estudio que la Estomatología requiere y, en consecuencia, sea menor el déficit de profesionales que según datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud existe en España.

Desearía que estas consideraciones, aún que expuestas en forma abreviada, además de cumplimentar un precepto reglamentario, pudieran contribuir a difundir y valorizar la importante misión de la Estomatología en el campo de la medicina profiláctica.