

ESTADO ACTUAL DE LA ESTOMATOLOGIA (*)

Dr. JUAN CAROL MONTFORT
(Académico Numerario, Ponente)

Preside el doctor C. Soler Dopff, quien manifiesta al abrir la sesión el propósito que se tiene de tratar, en forma de Coloquio, del «Estado actual de la Estomatología», asunto del mayor interés fuera y dentro de la Academia.

Lo ha organizado el doctor Juan Carol Montfort (Académico Numerario) en colaboración con los doctores Juan Beltrán Codina, Antonio Miralles Argemí, Luis Carol Murillo, José Pericot García (todos ellos Académicos Corresponsales Nacionales) y Guillermo Mayoral Herrero (especialmente invitado).

Se suscitará una discusión o cambio de impresiones, luego, para bosquejar al final unas Conclusiones.

Presidente. — Ruego al doctor Juan Carol haga el planteamiento doctrinal del tema.

Doctor Juan Carol Montfort.—Por iniciativa del Secretario perpetuo de esta Real Academia, nuestro di-

námico doctor Rodríguez Arias, nos reunimos en este histórico local para tratar de conseguir un criterio colectivo sobre el ESTADO ACTUAL DE LA ESTOMATOLOGIA que sirva de orientación para formar concepto de su alcance científico y profesional, no solamente para los miembros de esta Academia sí que también para los cultivadores de las ciencias médicas e incluso entre el público en general.

Aunque el concepto de Estomatología es relativamente reciente, y todavía no ha entrado en el consenso de las multitudes, ya a finales del siglo pasado (en 1887) existía en nuestra ciudad la Sociedad de Estomatología de Barcelona, de la que formaban parte médicos practicantes y cirujanodontistas, bajo la presidencia de don Ambrosio Carrión, médico cirujano.

Sin embargo, las diferentes denominaciones que han figurado en los diversos títulos profesionales que en diferentes épocas y en distintos paí

(*) Referencia «in extenso» de lo propuesto y discutido en la Sesión del día 17-III-70.

ses han otorgado el derecho de ejercicio, ha ocasionado cierto confusio- nismo e imprecisión en los concep- tos relacionados con su valoración científica y su alcance profesional.

Por otra parte, los continuos y sig- nificados avances en los conocimien- tos fundamentales y los espectacular- es perfeccionamientos registra- dos, tanto en el instrumental como en las técnicas operatorias, han obli- gado a un más acrisolado refina- miento de las aptitudes personales, así como a más concretas y especí- ficas dedicaciones que, en suma, han dado origen a la subdivisión de las actividades profesionales que cada vez más se han ido concretan- do en campos bien delimitados y precisos.

Así, al lado de la Odontología clá- sica, que en un principio se limitó al tratamiento de la caries dentaria y a la construcción de aparatos pro- tésticos, se han desarrollado diferen- tes capítulos, con características bien definidas que pueden ser con- sideradas como verdaderas sub-es- pecialidades dentro del amplio con- cepto de la Odontología general.

Para conseguir amplia informa- ción sobre el estado actual de esta evolución y su significación entre las diversas ramas de la medicina, se ha organizado este coloquio, espe- rando que la elevada condición cien- tífica y profesional de las personali- dades encargadas de ilustrarnos con sus aportaciones, pueda conducir a establecer un concepto doctrinal del estado actual de la Estomatología

que a su vez pueda servir de base a futuras actuaciones, tanto en lo que atañe a su contenido científico, como a su significación como profe- sión sanitaria, dada su indiscutible importancia en el trascendente cam- po de la profilaxis y de la medicina social.

Presidente. — Invito al profesor Juan Beltrán Codina a que haga uso de la palabra.

Doctor Beltrán Codina. — Al ser requerido por esta Real Academia de Medicina de Barcelona para inter- venir en el Coloquio y dar una breve y sintética orientación de la Estomatología Médica, la contesta- ción a tal demanda la consideramos en extensión, como una respuesta a una pregunta ardua y prolija; pero nos hacemos cargo de ello y con la idea de brindar una ocasión al diá- logo amplio sobre esta extensísima temática, a fin de poder contrastar opiniones.

Como premisa previa, cual si fue- ra un boceto, delimitamos las es- tructuras orgánicas que correspon- den a la Estomatología.

1.ª La cara, con su esqueleto complicadísimo y partes blandas que, en su conjunto, constituyen na- da menos y en toda su trascenden- cia el rostro humano, con su exten- sa patología y anomalías variadas en sus malformaciones.

2.ª Maxilares, con su contextura anatómica normal o imperfecta, en sus múltiples alteraciones constitu-

cionales y de orden patológico muy diverso.

3.^a Arcadas dentarias, apreciadas en su triple punto de vista morfológico, funcional y evolutivo.

Tanto en las anomalías de las arcadas en su conjunto, como en la minuciosa patología individual de cada diente y del intrincado parodontio en todos sus dispositivos capaces de enfermar.

4.^a Partes blandas intrabucales y glándulas anexas, en cuyos rincones patológicos se pueden establecer concomitancias e interdependencias con otras afecciones generales, tanto en inflamaciones variadísimas como en las de orden tumoral, o bien de predisposición constitucional.

Frente a esta sucinta clasificación, correspondiente a tan extensa gama patológica de grandes temas, plantearemos la necesidad de una revisión exhaustiva de las bases morfológicas y fisiológicas indispensables como estudio previo, al inicio e introducción de las primicias en la Clínica Estomatológica.

Ante cualquier anomalía o enfermedad buco-dento-facial, en su concepto general de práctica clínica habitual, creemos que al aportar nuestra experiencia que basamos fundamentalmente en la metódica exploración conjunto del paciente como individuo que padece un cortejo patológico, que en ocasiones se manifiesta en un oscuro arcano, que va desde los síntomas generales hasta aquellos signos locales que apreciamos en sus detalles y reaccionando

con el moderno concepto, que va del análisis a la síntesis, apoyándose a renglón seguido en los avances de la tecnología aplicada, pero siempre anteponiendo en el razonamiento diagnóstico ordenado y lógico, la formación clínica a la técnica.

Como paso inicial y básico, ha de existir un conocimiento patológico teórico, extraído quizá mejor, de libro pequeño y, sobre todo, selecto; a continuación, pleno contacto con el enfermo, y, a través de la observación y la anamnesis, junto a la exploración ayudada de todos los medios técnicos, conseguir poder llegar a la experiencia clínica, consumada frente a cada paciente, cosa que además requiere del Estomatólogo una sutil habilidad instrumental y de dominio de las más delicadas técnicas psicológicas, diagnósticas y operatorias.

A partir de esta fase selectiva de síntomas buco-dento-faciales que agrupamos en síndromes que conocemos y catalogamos por sus analogías al esquema mental propio, dirigiéndonos hacia la idea diagnóstica unitaria, aunque sólo estamos, de momento, en el punto crucial de dirimir cuáles son los síntomas principales, apartando de ellos los secundarios para no confundirnos, detalle éste, harto resbaladizo en la semiología bucal.

Cuando ya se cuenta con un cuadro clínico, o sea un organigrama de la enfermedad, que interpretamos con un orden de relación y dependencia de un síntoma primario a

todo un sistema encadenado hacia la pluralidad de síntomas que aparecen en el paciente al unísono en las múltiples afecciones generales y estomatológicas.

Entonces es cuando surge la importancia de la formación consolidada del Clínico que, desde signos guía, va por elaboración mental a la esencia fisiopatológica, descubierta algunas veces por pruebas de laboratorio y radiográficas, diagnósticos especiales y de orden diferencial o por tanteos terapéuticos que ayudan no sólo a combatir los síntomas secundarios, sino que, con la conducta terapéutica, se descubre en ocasiones su patogenia, aprovechándose como base fundamental del tratamiento.

Con esta esquemática disquisición acerca de la metódica clínica en Estomatología, nos parece que abrimos la puerta a todas las sugerencias e ideas, procurando conducir los razonamientos, del sencillo aquí expuesto como una simple estructura fundamental de estudio, hacia una diversidad de signos y síntomas en las innumerables afecciones y malformaciones buco-dento-faciales, con sus complejidades e interpretaciones clínicas y planteamientos terapéuticos.

Presidente. — Invito, también, al doctor Antonio Miralles Argemí a que haga uso de la palabra.

Doctor A. Argemí (de Sabadell, Barcelona). — Dentro del extraordi-

nario avance que la Estomatología ha experimentado en los últimos años, la Odontología conservadora es, sin duda, la rama que más se ha distinguido de todo el conjunto. De un criterio casi por completo extraccionista, se ha pasado en pocos años a un conservadurismo en alto grado. Y de una dentistería operatoria rutinaria, limitada y casi empírica tenemos hoy a una Endodoncia, sentada sobre bases exclusivamente científicas.

La Estomatología europea siempre ha sido conservadora; la norteamericana extraccionista. Esto explica los buenos métodos de la primera en los tratamientos curativos y la perfección de la prótesis en los segundos. Los europeos hemos considerado siempre a la extracción como fracaso de nuestra profesión, pues si no hay órgano no hay especialidad. Quien levantó el estandarte de la curación a ultranza fue, hace ya bastantes años, la escuela de Viena, que creó los primeros estudios serios aplicados a la técnica dental operatoria. Los avances esplendurosos que la medicina ha experimentado en los últimos años han sido utilizados por los estomatólogos, creando bases sólidamente científicas en los tratamientos actuales. La anestesia local con su variada gama de preparados, la aparición y desarrollo de los antibióticos y de los fármacos antiinflamatorios. La ionoforesis puesta al día por Forteza Rey, el mejoramiento de las sustancias empleadas para el relleno de cavidades

tanto interiormente como en la parte externa del diente, el acoplamiento en nuestro utillaje de la turbina de aire con sus 300.000 y más revoluciones por minuto, las aleaciones metálicas para fresas que aguanten estas velocidades y la creación por la industria dental de variados preparados para la obtención de vaciados y modelos de las cavidades y muñones, con reproducción exacta de ellos. Todos estos avances han sido puestos en nuestras manos y, con ellos, estamos en condiciones óptimas para obtener el éxito en nuestros tratamientos. A todo ello se ha unido un factor importante: el amplio desarrollo económico de nuestros pacientes, puesto que la odontología conservadora es cara. Con este cúmulo de circunstancias podemos hoy los profesionales de la Estomatología cumplir con nuestros fines; en primer lugar la cesación del dolor. Las temidas algias dentales que obligan a nuestros pacientes a visitarnos. Seguidamente podemos conseguir la curación del diente para que éste continúe prestando sus funciones: estética, fonética y masticatoria.

Vamos a indicar muy brevemente y en líneas generales nuestro criterio en la conservación de las diferentes piezas dentarias. Hablamos siempre de piezas no piorreicas, con un sostén anatómico en buen estado. El cuidado de estas piezas es el objeto de otra rama de la odontología; la Paradoncia. Todo tratamiento conservador debe comenzar

con un diagnóstico preciso. Utilizaremos para ello todo lo que en nuestro gabinete sea útil y adecuado. Tengo que subrayar que es importantísimo el examen radiográfico. Sin una radiografía de buena calidad no puede comenzarse un tratamiento conservador. Siempre deben conservarse las seis piezas anteriores, el grupo de incisivos y caninos. Nunca debe procederse a su extracción; tenemos medios suficientes a nuestro alcance para conseguir la curación y una duración prácticamente sin límite. Debe procurarse, en lo posible, evitar la desvitalización de la pieza, pero como en muchos casos los pacientes llegan a nuestras manos con caries penetrantes, aun sin su paquete vasculonervioso, el diente cumplirá con su cometido. La pérdida de brillo y la coloración propia de diente muerto, que afea tanto, está solucionado con la moderna cerámica dental. Y si fracasamos con los tratamientos endodóncicos, cuando en la región del ápice se produce tejido de granulación o foco séptico, que no se ha solucionado con ionoforesis, nos queda el recurso de la ablación del ápice, la remoción del foco osteítico y sutura del campo operatorio. Muchos dientes y caninos cumplen su cometido habiendo sido apicectomizados, lo mismo podemos decir del grupo de los premolares. En casos de caries secas, con destrucción de dentina en la zona cervical, debe solucionarse con el uso de espigas en los canales radiculares y una co-

rona en cerámica. En los grandes molares el criterio nuestro y el que aconsejamos es diferente. Renunciamos a tratar las muelas de juicio, ya sean superiores o inferiores. Solamente en los casos de pérdida de los otros dos molares debemos intentar el tratamiento. Los segundos molares superiores, salvo en aquellas bocas con amplia apertura exterior y con un buen acceso al campo operatorio y buena visibilidad, nos proporcionarán más fracasos que éxito. Los primeros molares o de los seis años deben curarse siempre. Quiero aclarar que si las caries no penetran en la cámara pulpar, pueden tratarse siempre.

Los éxitos que de unos años ha tenido la odontología conservadora han hecho variar muchos criterios partidarios de la extracción. En la misma Norteamérica, a pesar de los temores de la infección focal, son muchos los colegas que se dedican a la conservación de los dientes. En España, y sin pecar de vanidosos, hemos sido los profesionales catalanes quienes hemos sembrado la semilla de la conservación. Anualmente, en Barcelona, se reúnen profesores y alumnos de todas partes, para decir unos y oír los otros en el Simposium Internacional de Endodoncia, las últimas innovaciones en tratamientos conservadores. Creo que es perfectamente comprensible, que ni pretendo ni puedo detallar minuciosamente todo lo relativo al arte de curar los dientes. Para cumplir mi cometido en este coloquio me ha

parecido lo mejor resumir, en rápidos trazos, mis 38 años de experiencia profesional. Habiendo sido taseado el tiempo por nuestro presidente de mesa, doctor Carol, y por el secretario perpetuo, doctor Rodríguez Arias, muchas cosas se han quedado en el carro de mi máquina, pero creo que lo más importante, bien o mal, queda dicho.

Presidente. — Corresponde el turno, ahora, para disertar al doctor Luis Carol Murillo.

Doctor L. Carol. — La Cirugía Estomatológica ha sufrido en los últimos años una evolución extraordinaria, no sólo en lo referente a técnicas, si que también en lo que hace referencia a distintos campos.

Hoy podemos hablar de tratamientos quirúrgicos en:

Las *parodontopatías*. Desde las operaciones a colgajo, pasando por las gingivectomías, hasta las gingivoplastias, existe una larga serie de intervenciones con nombre propio.

En lo que se refiere a otra rama, cual es la Endodoncia, son varias las técnicas existentes y actualizadas para realizar una buena apicectomía.

En el campo de la *prótesis* podríamos enumerar un sin fin de intervenciones. Las que tienen por misión suprimir exóstosis, regularizar crestas alveolares, profundizar surcos, suprimir frenillos y adherencias, crear procesos alveolares mediante plastias, etc.

En traumatología son hoy técnicas corrientes: la tracción elástica, la

osteosíntesis, la fijación interna, la fijación externa, procedimientos tan corrientes en el campo de la traumatología general. Destacamos la importancia que el bloqueo elástico ha tenido en la evolución de las fracturas frente al bloqueo rígido, metálico.

En la propiamente llamada *cirugía*, señalaremos dos vertientes:

— La que practicamos en nuestras consultas y que llamamos *cirugía oral*, que comprende aquellas intervenciones que realizamos con anestesia local o regional, cuyo contenido principal lo constituyen los dientes, incluidos los epulis y los quistes. Merece destacarse la importancia de las técnicas de odontosección por la simplificación que han aportado a la extracción dental.

— la otra vertiente comprende la cirugía que se realiza en centros quirúrgicos, es la *cirugía máxilo-facial*, practicada en otras épocas por el cirujano general y que hoy constituye por sí misma una especialidad, que en muchos países y para evitar intromisiones o roces con otras especialidades, existen equipos o unidades formadas por: un plástico, un otorrino y un estomatólogo, con lo cual se valoran y colaboran el criterio de tres especialistas.

Finalmente dos palabras sobre un tema de actualidad:

Reimplantes. Implantes. Trasplantes.

Los reimplantes, merced a los adelantos de la endodoncia y del

postoperatorio, han sido reactualizados con éxito, si bien queda pendiente el problema de la reabsorción radicular que limita este éxito a unos 6-8 años por término medio.

Referente a los implantes, España sigue siendo uno de los primeros países en la práctica, inquietud y divulgación de los mismos. Existen dos tendencias principales: los implantes endoóseos y los subperiósticos.

Los trasplantes, cuya primera noticia se remonta a la época romana, citándose el trasplante de dientes, revivieron merced a una comunicación presentada en el congreso de la F. D. I. en Londres en 1952, en el que los autores presentaban el trasplante de folículos dentarios.

La falta de material, de un banco de gérmenes dentarios, relega su uso solamente a fines experimentales.

Resumiendo, vemos que los tratamientos quirúrgicos abarcan casi todos los campos de la Estomatología, que al lado de las intervenciones que realizamos en nuestras consultas, existe la que requiere un ambiente quirúrgico y que comprende la cirugía maxilar y sus anexos.

Presidente. — Solicito la intervención del doctor José Pericot García.

Doctor José Pericot. — Me ocuparé exclusivamente de la «profilaxis odontológica en Pediatría».

El recaer la práctica de nuestro primer enunciado (la P. O.) prin-

principalmente en las edades de la infancia y la adolescencia, justifica, de sobra, esta unión en el presente coloquio, y aunque tengan muchos puntos de contacto las expondremos esparadamente.

La Prof. Od.-Est. deberá ser una asignatura o *disciplina conjunta*, de la Escuela o Facultad de Estomatología, o bien estudiarse separadamente en las tres disciplinas. Endoncia, Parodoncia y Ortodoncia. El objetivo de la Prof. Od.-Est. es la prevención de las afecciones que vemos asentadas en la boca y que tienen como exponente más señalado la pérdida prematura de los dientes y alteración de las arcadas dentarias, con el consiguiente corolario que de ellas se deriva. Los tres puntos de vista de una perfecta profilaxis serán: el evitar la caries, el evitar la enfermedad parodontal y el conseguir una correcta oclusión mediante arcadas dentarias funcionales, a cuyo fin se dedica la ortodoncia u ortopedia dento-facial.

La Prof. Od.-Est., que está en la conciencia de la inmensa mayoría de profesionales de la especialidad, tiene escasa efectividad en nuestro país. Debe ser dirigida desde los centros sanitarios superiores, rectores de la salud del país. Ha de constituir una de las más importantes luchas especializadas, como las de la tuberculosis, corazón, parálisis, etcétera. Hay que establecer una cadena bien entrelazada de educación divulgadora de la higiene dental. Bajo este punto de vista, aquí en esta

Real Academia podrían establecerse sugerencias interesantes. Recordamos, sin ánimo de lisonja, la labor iniciada en 1935 por el profesor Carol en el Congreso de Odontólogos de lengua catalana, en Tarragona, que la guerra truncó. Los altos centros de Investigación Españoles y Academias Consultivas, v. g. (la Real Academia) por sus peritos idóneos, tendrían que dictaminar respecto a la tolerancia y toxicidad aceptada del flúor. Interin no se aclare el posible factor favorable de los enzimas y vacunas, de los que hoy día se habla en forma vaga y poco científica, el flúor ha demostrado una acción superior favorable indistricible. Gran propaganda deberá hacerse en la clase médica todavía del efecto destructor del azúcar e hidrocarbonados acompañados de una higiene deficiente. Debe establecerse esta propaganda profiláctica en el medio escolar. Auténticos y completos servicios de Asistencia Dental Escolar con profesionales «full time» deberían vigilar la boca de todos los escolares españoles. Nosotros, modestamente, en el Ayuntamiento de Barcelona hemos iniciado esta actuación, pero no hemos logrado ampliar el camino iniciado. Sería preciso que a la labor emprendida por la O.M.S. y felizmente empezada a seguir por nuestra Dirección General de Sanidad, no se quede en sus inicios y llegue al fondo de la cuestión. Ahora bien, complemento de todas estas sugerencias es algo capital, sin lo cual todo el capítulo de

la profilaxis será siempre pura en-telequia y divagación. En España, con 32 millones de habitantes, en el año 1970, faltando menos de una tercera parte del siglo xx, hay una sola Escuela Superior de la Especialidad, fruto de ello en España sólo existen de 4 a 5.000 profesionales. Cantidad de enseñanza y de profesionales irrisoria. Haría falta un número de centros de enseñanza respetable y, lógicamente, un mínimo de alrededor de 15.000 profesionales. ¿Cómo se improvisa esto? ¿Cuándo llegaremos a ello? Este desfase parece una quimera llegarlo a neutralizar. Existen, no obstante, en diferentes poblaciones y centros escolares, un esbozo de Prof. Od. Est. Esc. La odontostomatología pediátrica es ejercida por meritorios colegas de una forma exclusiva; en una cantidad insignificante en toda España, seguramente sobrarían los dedos de una mano para contar los que hacen O. E. Pediátrica en exclusiva. En parte, ello es debido al fenómeno hoy apuntado de la falta de profesionales y de centros de enseñanza, de todos modos, muchos estomatólogos G. suplen en parte las deficiencias de especialistas y hacen una labor encomiable, dificultada, no obstante, por la falta de preparación educativo-formativa de la profilaxis; de la cual hemos hablado en nuestro primer capítulo. Nuestra especialidad pediátrica ha de recoger, en líneas generales, los fundamentos básicos que expongan en este coloquio lo que se diga de endodoncia, periodoncia y

ortodoncia, en fin, las diferentes ramas que conduzcan a un equilibrio funcional de la cavidad bucal o a su rehabilitación cuando ella se halle alterada. A dichas bases nos sumamos con ligeros puntos de vista a añadir, derivados en gran parte del factor psíquico, en el cual el odontostomatólogo pediátrico tiene que ser un maestro consumado.

Presidente. — De la Ortodoncia nos hablará el doctor Guillermo Mayoral Herrero.

Doctor G. Mayoral. — La Ortodoncia es la especialidad más antigua de la Odontología, puesto que su origen como ciencia y arte con características propias data del año 1900, cuando el doctor Edward H. Angle fundó su Escuela de Ortodoncia en San Luis (EE.UU.) dedicada en exclusividad a la enseñanza de esta disciplina. Un año más tarde se formó la Sociedad Americana de Ortodontistas, que actualmente cuenta con más de 5.500 miembros, la cual desarrolló desde el principio del siglo una labor importantísima en la difusión y engrandecimiento de la especialidad. Desde esos primeros años del siglo xx numerosos dentistas empezaron a limitar su práctica al ejercicio de la Ortodoncia, contribuyendo así con sus estudios y experiencias a su adelanto científico y técnico. Los discípulos de Angle transmitieron sus enseñanzas a otros dentistas de Europa y América ampliándose el interés por el estudio

de la Ortodoncia, interés que ha llegado en nuestros días a constituir uno de los pilares más destacados en la ciencia Estomatológica.

Ortodoncia es la ciencia que se ocupa de la morfología facial y bucal en sus diferentes etapas de crecimiento y desarrollo, así como del conocimiento, prevención y corrección de las desviaciones de dicha morfología y función normales. Por la anterior definición puede comprenderse la complejidad de los elementos que constituyen su estudio, como la morfología y función normales de los distintos componentes del aparato bucal y de las regiones faciales inmediatas, en el organismo en desarrollo, y las alteraciones que pueden afectar esa normalidad. También cabe destacar que esta ciencia no limita sus objetivos a la corrección de las anomalías dento-maxilofaciales, sino que requiere su conocimiento previo y, siempre que sea posible, procura evitar la formación y progreso de las mismas. Si bien es cierto que la acción fundamental de la Ortodoncia tiene su aplicación en el período de crecimiento y desarrollo del individuo, también puede ser benéfica en el adulto, cuando el crecimiento ya ha terminado. Son muchos los objetivos principales de la Ortodoncia, pero pueden resumirse en la obtención de una aceptable estética facial dentro de una normalidad anatómica y funcional que permita al niño el usufructo de una salud dental optima.

La palabra Ortodoncia es una expresión incompleta, pues etimológicamente significa «diente recto», y por la definición que acabamos de transcribir ya ha quedado especificado que, además de los dientes, entran otros elementos anatómicos y funcionales en el campo de la Ortodoncia. Pero como el uso ha consagrado la palabra Ortodoncia y, además, es eufónica y sencilla, puede admitirse como la más indicada.

El desarrollo de esta ciencia ha sido extraordinario. Muchas de sus bases radican en otras disciplinas, como la Antropología Física, la Embriología, etc., y, a su vez, ha colaborado en gran parte con ellas con aportes propios como los estudios del crecimiento de los maxilares, basados en las telerradiografías de la cabeza, estudios debidos a ortodontistas. Lo mismo puede decirse de las investigaciones electromiográficas de los músculos de la mímica y de la masticación, la aplicación de la cinefluorografía para el estudio de la deglución normal y anormal y muchas otras experiencias realizadas por ortodontistas. Simultáneamente han progresado las técnicas mecánicas del tratamiento ortodónico hasta llegar, hoy en día, al desarrollo de aparatos capaces de realizar sin peligro todos los movimientos dentarios necesarios para obtener un resultado final armónico, estético, funcional y sin peligro de recidivas. El ortodontista debe poseer, pues, los conocimientos suficientes para comprender los fenómenos del

desarrollo de los maxilares y de la dentición, la etiología y patogenia de las malformaciones dentarias y bucales, su diagnóstico, un sentido estético de la normalidad individual del paciente que va a tratar, al mismo tiempo que debe dominar las técnicas mecánicas para la corrección de las maloclusiones.

Más de la mitad de la población infantil sufre de anomalías de mayor o menor grado en su aparato masticatorio que requieren atención ortodóncica. El número mundial de ortodontistas es a todas luces insuficiente. Por tanto, es preciso incrementar la formación de especialistas y mejorar los conocimientos que se imparten en las Escuelas de Odontología para que el dentista de práctica general pueda advertir a tiempo el comienzo de las anomalías bucales y tomar las medidas necesarias para impedir su agravación.

La Ortodoncia es una rama muy compleja de la Odontología, como ya observamos, pues el diagnóstico es difícil y los tratamientos que se van a efectuar más largos y complicados que los de otras ramas de la salud dental. En el diagnóstico se debe tener en cuenta que las anomalías bucales pueden tener sus causas, en muchas ocasiones, en factores hereditarios, en el desarrollo filogenético de la especie humana, en enfermedades generales padecidas con anterioridad, en trastornos del crecimiento de los huesos faciales, en desórdenes endocrinos y en otros muchos factores que obligan a que

el diagnóstico correcto sea motivo de un estudio largo y detenido. Por otra parte, las técnicas mecánicas utilizadas en la corrección de dichas anomalías requieren habilidad y destreza por parte del operador y el desarrollo de un sentido crítico en la conducción de los distintos movimientos dentarios, teniendo siempre presente que los tratamientos deben hacerse con un criterio biológico de los tejidos que van a sufrir la aplicación de la fuerza ejercida por los aparatos. Es indispensable, por tanto, la adquisición de suficientes conocimientos teóricos y prácticos antes de iniciarse en el ejercicio de esta especialidad. La aceptación de la conveniencia de cursar estudios de post-gradó en Ortodoncia por parte de la mayoría de Universidades y entidades profesionales del mundo, corroboran este postulado.

Presidente. — Que intervengan en la discusión de lo propuesto cuantos lo deseen.

Doctor B. Rodríguez Arias. — Para mí como Académico (en un sentido esencialmente doctrinal) y como especialista neurólogo (en la visita privada), la Odonto-Estomatología moderna no se halla, quizá, del todo definida o perfilada en nuestro ambiente clínico y docente.

He aquí la razón, a mi juicio, de que ose formular tres preguntas, a saber: 1) ¿En los grandes o legítimos equipos odonto-estomatológicos,

cuya existencia nadie discute, tendríamos que incluir, v. gr., a rino-laringólogos, broncólogos y digestólogos? 2) ¿Por qué los Colegios profesionales llevan el título —doble— de Odontólogos y Estomatólogos? y 3) ¿Cuál es el ámbito o tal vez mejor la competencia de la Estomatología en la Ley de Especialidades profesionales de 1955? La Academia es un viejo Organismo Consultivo del Estado y frecuentemente ha de redactar dictámenes, a instancia de las Autoridades o de particulares con puntos de mira básicos, antes que la pura significación casuística de uno y otro día. Habré de estimar muchísimo, pues, una ilustración conceptual por parte de ustedes.

Doctor C. Soler Dopff (Presidente). — De tiempo, varios lustros quizá, la patología del «foco» nos importa sobremanera a efectos etiopatogénicos de la infección. Distintos focos, origen de supuraciones, se han ido señalando y valorando en las principales o más ostensibles cavidades del cuerpo humano.

Pero entre los focos más buscados, daríamos con el alveolo-dentario, con la piorrea del vulgo, de los arcaicos dentistas y de los médicos.

Pienso que el «foco séptico dental» no se estima, ahora, de otra forma. También concedería yo determinada atención, en el juego patogénico de más de una dolencia, a la articulación témporo-maxilar. Su mal funcionamiento sería el origen de molestias y trastornos.

Doctor Beltrán Codina. — El foco dental ha llegado a minimizarse demasiado últimamente. Y, no obstante, suele ir incriminado a menudo en patología ocular. Un porcentaje de uveítis, de coroiditis y de iritis son la consecuencia inequívoca de un foco dental. En las más recientes tendencias de la patología general, de los auténticos mecanismos causales de la enfermedad, se vuelve a recordar el significado de las alveolitis.

Es oportuna, así, la pregunta del doctor Soler Dopff.

E igualmente, a mi entender, el anormal movimiento de la articulación témporo-maxilar, con predominio de tracción en uno de los lados, de hiperfunción acaso.

No me parece desacertada la constitución de amplísimos equipos, integrando en el mismo bastantes especialidades profesionales.

Los Colegios oficiales han de ser mixtos, de Odontólogos y de Estomatólogos, dado que ejercen simultánea e indistintamente unos y otros. Los segundos han de cursar Medicina y complementar, luego, su formación en las Escuelas de Estomatología. Mientras que los primeros —y ello ocurre en Francia y varios países más— circunscriben sus estudios o su docencia en Escuelas de Odontología. Hay, todavía, en España muchos Odontólogos no Estomatólogos, a efectos universitarios y de especialidad médica.

Por lo que concierne a la Estomatología propiamente dicha, la juzga-

ría —sin menoscabo alguno, sin distinguos— como una «especialidad profesional» de las sancionadas en la Ley de Ruiz Jiménez.

Creo, doctor Rodríguez Arias, que sus preguntas han sido contestadas del todo.

Doctor Miralles Argemí. — El uso frecuente y masivo de antibióticos ha reducido progresivamente la incidencia y la malignidad habitual del foco supurado dentario. Los exámenes radiográficos descubren de modo óptimo los granulomas. Si se cuidan adecuada y meticulosamente las parodontosis, se limita enormemente la superficie de absorción de las toxinas en las encías. Y si se vigilan la V.S.G. y el índice de Katz, manteniéndolos dentro de las constantes fisiológicas, advertiremos fácilmente que la antibioterapia y la curación sistemática de las parodontosis han contribuido a minimizar la importancia del viejo y temido foco dentario.

Dr. G. Mayoral. — El juego normal de la articulación témporo-maxilar es, para nosotros, fundamental. La masticación de los alimentos tiene lugar sobre el esmalte de los dientes, que condiciona el ángulo de giro de dicha articulación, ángulo que representa, todavía, un misterio.

Es por esto que el pediatra, el odontólogo y el ortodoncista deben trabajar de acuerdo y garantizar la fisiología de la masticación, evitando desviaciones, mala colocación de los huesos y su «reajuste» ulterior.

Doctor B. Rodríguez Arias. — Quisiera una explicación o una opinión más terminante acerca de la integración de especialistas profesionales en los equipos odonto-estomatológicos.

Doctor G. Mayoral. — Deberían integrarse cual ocurre en las Escuelas de Estomatología o en las Facultades de Ortodoncia u otras, donde se profesan diversas enseñanzas coordinadas.

Es harto reducido, en general, el censo de profesionales que ejercen la Estomatología, la Odontología y demás subespecialidades relacionadas con las mismas.

Doctor J. Pericot. — Necesitamos un mayor censo de profesionales odonto-estomatológicos si queremos asegurar la profilaxis dental en las escuelas y si queremos curar lo orgánico y, sobre todo, lo funcional de los procesos bucales en los terrenos médico y quirúrgico.

Nuestra colaboración la precisan, además, otros especialistas médico-quirúrgicos.

Doctor Miralles Argemí. — Puesto que los médicos estomatólogos terminan sus estudios oficiales en la Universidad a los 25-26 años, me declaro partidario de la profesión odontológica simple, limitada a un período de 5 años de Facultad.

Doctor Luis Carol. — Los síndromes de disfunción, de subluxación y de anquilosis de la articulación

témpero-maxilar están a la orden del día y merecen que los tengamos presentes siempre.

Su repercusión en el tono, de los diferentes músculos y en el espacio libre de las arcadas (hasta de 1-3 milímetros) no puede desconocerse.

La exploración radiológica es sumamente útil, desde luego.

Y abogamos por un tratamiento protésico u ortodóncico, de auténtica rehabilitación funcional, que modifique la excursión anómala de los cóndilos maxilares.

Doctor Carol Montfort. — Por lo expuesto, discutido y contrastado en este coloquio puede comprenderse la amplitud y trascendente actualidad de los importantes temas que sumariamente hemos esbozado.

A modo de resumen cabe señalar que la Estomatología ocupa un lugar destacado entre las especialidades médicas por su dilatado campo de acción, en el que se comprenden varias sub-especialidades tan bien definidas como la endodoncia, la prostodoncia, la periodoncia, la ortodoncia, etc., algunas de las cuales es ejercida en exclusiva por numerosos profesionales.

La Estomatología tiene una actuación destacada en todos los centros hospitalarios donde sus técnicas especialísimas ofrecen un campo de acción preeminente en los equipos quirúrgicos, en los que su colaboración es indispensable. Estas posibilidades se pusieron de manifiesto durante la primera contienda mun-

dial de este siglo en la que la dilatada lucha de trincheras ocasionó una abundancia de heridos maxilo-faciales y las técnicas odontológicas ya en aquella época mostraron su excelente eficacia, eficacia que los perfeccionamientos actuales han acrecentado notablemente y cuyas posibilidades continúan vigentes dada la abundancia de accidentados que sufren lesiones de la región maxilo-facial. Ello ha originado una expansión de la cirugía oral hacia el más amplio campo de la cirugía céfalica.

También la infección focal odontógena, después de superada la expansión hipertrófica del brote original, continúa ocupando un papel importante en la patología médica. Lo mismo podríamos aducir en lo relativo a la patología de la articulación temporo-maxilar y al, en su tiempo famoso, síndrome de Costen.

Aunque en muchos países, sobre todo en los anglosajones y en Sudamérica, las Escuelas de Odontología son independientes de las de Medicina; actualmente la Estomatología, incluida la Odontología, constituye en varios países europeos una más, entre las especialidades médicas y quirúrgicas y como a tal está reconocida en España por la ley de especialidades profesionales del año 1955.

La importancia de la Estomatología no se concreta al aspecto puramente clínico, pues su misión sanitaria trasciende en su aspecto social al campo de la medicina profilácti-

ca de suma importancia, sobre todo en la edad escolar, en la que la lucha anticaries consigue su mayor eficacia y también en la prevención de las periodontopatías en la que la ortodoncia tiene una misión profiláctica preponderante.

La Academia se complace en aco-

ger los pareceres expuestos y contrastados por los académicos e invitados a este coloquio.

Presidente. — Escuchada la conclusión, a efectos doctrinales, sostenida por el ponente, levanto la sesión.