

PATOLOGIA ORAL EN LA REPUBLICA DOMINICANA

POR PUIG BENTZ

El estudio de las enfermedades de la boca en la República Dominicana no se ha realizado de una manera científica en todos sus aspectos, y ello es así, porque los recursos económicos, tan necesarios para la investigación en cualquiera de sus aspectos, han sido prácticamente nulos. Debido a la falta de personal bien preparado, la totalidad de los trabajos realizados en el aspecto clínico de la Patología Oral, que es la única que tenemos los Odontólogos en nuestro país, los estudios efectuados han sido posibles sólo por el sacrificio, en tiempo y dinero, de quienes se han interesado por este aspecto de la Odontología. Ultimamente, sin embargo, la colaboración de los miembros del Instituto de Oncología y de uno o dos hospitales más, ha permitido que al valor científico de los trabajos, se agregue el histo—patológico, piedra fundamental de los mismos, y sin el cual la Patología Bucal, así como la General, no hubieran podido dar los pasos de avance que han dado en otros países.

Los trabajos que aquí presentamos están basados en el estudio clínico del paciente de centros hospitalarios, zonas campesinas distintas del país y estudiantes de las zonas campestres o de la ciudad. En muchos casos, es necesario recordar que los exámenes clínicos no han sido completados con el examen radiográfico o con el examen bacteriológico, e histo—patológico, y por tanto su valor clínico es relativo.

Hay dos enfermedades de la boca en nuestro país, que se destacan sobre todas las demás: 1.— la caries dental, y 2.— las

lesiones periodontales.

De la primera se han realizado algunos estudios, tanto en las escuelas de la ciudad de Santo Domingo, como en zonas campestres del país, encontrándose que, cada día, el porcentaje de caries va en aumento, como lo demuestran los cuadros siguientes:

ESTUDIO DE 1,000 ESCOLARES EN SANTO DOMINGO

Dr. F. G. Godoy

1.- Blancos						
2.- Mestizos						1,000
3.- Negros					954	
4.- Hembras						
5.- Varones						
6.- AF. Caries						
7.- Examinados			500	500		
	473					
265		262				
1	2	3	4	5	6	7

0/0 de Caries = 95.40/0

ESTUDIO DE 505 ESCOLARES DE SANTO DOMINGO

Dr. F. García Godoy y Dra. M. H. Franco

1962

Edad en años	No.	C	P	O	CPO
6	51	67	6	0	73
7	137	201	7	0	207
8	104	252	7	4	263
9	103	282	39	7	328
10	57	157	9	4	170
11	41	193	21	1	215
12	13	90	9	0	99
13	2	6	0	0	6
14	1	7	0	0	7
Total:	505	1,255	97	16	1,368

C = Ganados

P = Perdidos

O = Obturados

% de caries – 99.81%.

Es de notar que el primer estudio sobre prevalencia de caries en la población escolar realizada por el Dr. F. G. G. en 1948 arrojó un índice de 95.4 por ciento. Catorce años más tarde, 1962, el índice de caries en escolares aumentó a un 99.81 por ciento, cifra ésta que nos señala el gran peligro que se cierne sobre nuestra población escolar, y, como consecuencia directa de ello, ya que es materialmente imposible atenderla toda, la pérdida futura de un gran número de piezas dentales. Dos factores debemos tener en cuenta, al tratarle de explicar el origen de un porcentaje tan alto de caries: 1.— La gran cantidad de azúcar de caña que consume nuestra población escolar, en refrescos, dulces y helados. De estos tres, el

primero y el último son los más apetecidos, no tan sólo de los niños sino también de los adultos, y ello se explica teniendo en cuenta el clima de nuestro país, cuya temperatura durante la mayor parte del año fluctúa entre 29 y 34°, lo que obliga prácticamente a consumir grandes cantidades de refrescos y de helados. El segundo factor es la falta de higiene dental como consecuencia del poco valor que se da a los dientes, tanto en los sectores de la población humilde de la ciudad, como en el campesinado, y esto a pesar de las campañas de Higiene y Educación Dental que se han venido desarrollando a partir de 1950, lo que ha hecho que muchos niños y adultos sepan hoy comprender el valor verdadero de sus dientes, y se preocupen de asistir al consultorio dental, lo que ha hecho disminuir un poco el número de dientes cariados sin obturar, aunque no el número de caries.

En lo referente a lesiones periodontales (Periodontología) no se ha podido realizar un verdadero estudio de las razones dadas al principio de este trabajo; sin embargo, podemos afirmar que más de un 60 por ciento de nuestra población adulta, viene padeciendo esta enfermedad y que día tras día la misma va en aumento. Hay varios motivos para que sea así. En primer lugar, según hemos explicado ya, el escaso valor que la gran mayoría de nuestra población da a sus dientes y, por tanto, su negligencia en la higiene bucal y en la visita al dentista, lo que provoca, naturalmente, inflamaciones gingivales en un principio y luego lesiones periodontales. Se realizan además extracciones sin que se reponga la pieza, lo que ocasiona pérdida de puntos de contacto, impactos alimenticios, mordida traumática y finalmente Periodontoblasia. Ahora bien, los únicos culpables no sólo son los pacientes; nosotros, los propios dentistas, somos causantes de un gran número de estas lesiones, y ello se debe a la falta de conocimientos biológicos en nuestra profesión y exceso de técnica, lo que da por resultado coronas mal ajustadas, puentes fijos mal construídos, obturaciones sin forma anatómica ni punto de contacto, y diseño de prótesis parciales sin un pensamiento biológico. Por éstas y muchas razones más que atañen al dentista propiamente dicho, nuestra población en su gran mayoría está destinada a sufrir de lesiones periodontales en un porcentaje cada día más elevado, si no se reestructura la enseñanza de nuestra profesión y no se realiza una campaña intensa que señale, en forma categórica, por qué y cómo evitar el desarrollo de esta enfermedad.

Hay un factor importante que deseamos señalar, y

que puede jugar un papel de gran interés en el desarrollo de gingivitis que, descuidadas, se transforman en lesiones periodontales: la alimentación de nuestra población.

La mayoría de nuestros habitantes, especialmente en el sector campesino, por lo general no consume frutas, es decir que la fuente natural de vitaminas C no la utiliza, por considerar que la misma carece de valor nutritivo.

En cuanto a vegetales frescos, mantequilla, queso, pescado y leche, las cantidades que consume son tan ínfimas, que casi podríamos afirmar que las mismas no entran en su dieta.

Ahora bien, con dieta no balanceada, con una deficiencia de factores que contribuyen a mantener los tejidos en general y las encías y estructuras de soporte de los dientes en particular, en buen estado de salud, y que en este caso falta, es de esperarse que haya un terreno apropiado para que los factores locales actúen y den lugar a lesiones periodontales.

Algo que hemos observado durante muchos años, pero cuya razón de ser no ha podido ser determinada por las razones expuestas al principio de este trabajo, es la gran cantidad de Gingivitis de Vicent que se desarrollan entre los inmigrantes que llegan de Europa, sobresaliendo entre ellos los oriundos de España.

En nuestro clima privado hemos tratado, en un período de 4 años, más de 200 de este tipo de Gingivitis, y de ese número 179 eran personas recién llegadas al país.

Ahora bien, uno o dos meses más tarde, esas personas a las cuales hemos podido seguir, dejan de tener este tipo de Gingivitis, pero comienza la aparición de lesiones periodontales. ¿Causa? La ignoramos, aunque creemos que en parte ello se debe a la falta de una buena higiene bucal.

Para continuar en orden de mayor número de casos, seguiremos con las infecciones dentales y sus complicaciones. De la misma manera que ha ido aumentando el índice de caries y de lesiones periodontales, ha ocurrido lo mismo en el de abscesos y granulomas, aunque ha habido una gran disminución en el número de celulitis, y ello tiene su explicación, con referencia a esta última, por el uso de antibióticos. Es indudable que la negligencia en la cura de las caries da lugar a trastornos pulpares y luego a la formación de abscesos y granulomas; de ahí que sea muy frecuente encontrar

obtunicaciones, coronas y puentes contruídos sobre piezas dentales, que muestran, al ser radiografiadas, un absceso o un granuloma en su porción apical.

A los abscesos y granulomas podemos agregar los casos de osteomielitis. Hasta 1955, en los centros hospitalarios y en la Clínica privada de la Facultad de Odontología, era frecuente encontrar procesos osteomielíticos principalmente en la mandíbula; luego en el período de 1954-1961, éstas desaparecieron casi totalmente, hasta el extremo de no tener material clínico para la enseñanza de los estudiantes de Odontología. Sin embargo, a partir de 1962, los casos han empezado a presentarse, cada vez en mayor número hasta 4 o 4 en el período de un mes. ¿Qué ha ocurrido? La respuesta que nos damos, es el abuso que se ha hecho de los antibióticos, creando una reacción contraria a la que debían producir, cuando se les utiliza para combatir una infección bucal.

Queremos referirnos ahora a otras lesiones, que día a día van en aumento, como lo hemos podido comprobar en nuestra labor en el Instituto de Oncología y en la práctica privada. Se trata de los casos de Hiperqueratosis y de Leucoplasia. Quizás haya factores fundamentales para un aumento progresivo y ellos pudieron ser el exceso en el consumo de cigarrillos y de las bebidas alcohólicas y la mala higiene bucal. No es raro en la República Dominicana ver muchachos de 12 y 13 años fumando durante todo el día. Asimismo, la mujer ha entrado a formar parte de los que no pueden vivir sin fumar o beber. En los estudios que estamos realizando, además de la parte clínica, hacemos el examen histo-patológico de lesiones y tomamos nota de los hábitos y lugar de la lesión. En este informe preliminar podemos señalar, que en más de un 50 por ciento de los casos de hiperqueratosis y de leucoplasia de los labios, la lesión ha coincidido con el sitio donde el paciente coloca habitualmente el cigarrillo.

Pasando a otro aspecto de las lesiones de la boca, entraremos en las neoplasias, en las cuales el Garcinoma ocupa el primer lugar, siguiendo el Fibroma de encía (epulis), Hemagioma y finalmente el Ameloblastoma.

La lengua fue lugar donde se desarrolló mayor número de neoplasias; asimismo fue la edad comprendida entre los 50 y 60 años, la que presentó un mayor volumen de lesiones. En cuanto a sexo y raza, los cuadros muestran predominio en el sexo

masculino y los mestizos. Entre las posibles causas etiológicas, podemos colocar el tabaco, bebidas alcohólicas, mala higiene bucal, bordes cortantes de piezas dentarias y prótesis mal adaptadas.

Sigue en frecuencia el Carcinoma, el Fibroma de la encía (epulis), el cual, en un pequeño estudio que realiza nuestro ayudante, arroja las cifras siguientes:

1960	-----	4 casos
1961	-----	7 "
1962	-----	10 "
1963	-----	11 "
		32 "

Esto se refiere sólo a los pacientes del Instituto de Odontología. En relación con el Hemangioma, podemos decir que cada año, el número de casos examinados y tratados por nosotros va en aumento, como lo demuestra la siguiente tabla:

H E M A N G I O M A S

AÑO	CANTIDAD	TRATADOS
1960	9	2
1961	13	11
1962	17	11
1963	26	21
	65	45

El estudio de las enfermedades de la boca en la República Dominicana necesita de un trabajo cuidadoso y bien dirigido, el cual puede servir para evaluar las posibilidades de tratamiento, por lo menos de aquéllas más frecuentes, como la caries dental, las paradenciopatías y el Cáncer.

En resumen, el estudio de las enfermedades de la boca más frecuentes en la República Dominicana, arrojó los siguientes datos:

Ocupa el primer lugar, la caries dental, siguiendo a ésta las Gingivitis y Parodontosis, a éstas siguen el cáncer bucal, los Ameloblastomas, los Hemangiomas y los Fibromas de encía.