



## HISTORIA DE LA PERIODONCIA EN CUBA: UNA REVISIÓN DE SUS FUENTES

**Autora principal:** Est. Laura Pico Fernández, estudiante de 3er año, Facultad de Estomatología de La Habana, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba. [lpico04@gmail.com](mailto:lpico04@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-9153-3422>

**Coautores:** Est. Verónica Díaz Aranda, Est. Giancarlo López Figueroa, MSc. Dra. Haydee Asela Hierrezuelo Alonso

### RESUMEN

**Introducción.** La Periodoncia en Cuba se consolidó como asignatura luego de la Reforma universitaria de 1962, uniéndose los contenidos relacionados con la misma, antes incluidos en las asignaturas de Patología Bucal y Terapéutica del departamento de Diagnóstico y terapéutica. **Objetivo.** Compilar el desarrollo científico de la periodoncia en las revistas “Cuba Odontológica y la “Revista Estomatológica de La Habana”. **Método.** El presente estudio se enmarca en un diseño de investigación cualitativa, descriptiva e histórica, sustentado en una revisión documental. Se centró en el análisis de fuentes primarias: ejemplares físicos de las revistas científicas cubanas “Cuba Odontológica (1917-1931) y “Revista Estomatológica de La Habana” (1947-1950), disponibles en la Biblioteca Nacional de Cuba. Se consultaron fuentes secundarias en formato digital en la base de datos Google Scholar, sirviendo para complementar el análisis de las fuentes primarias. El análisis se realizó sobre un universo de 61 números (46 de “Cuba Odontológica” y 15 de “Revista Estomatológica de La Habana”). Del total de artículos contenidos en estos ejemplares, se seleccionaron para su análisis 16 (13 de “Cuba Odontológica” y 3 de “Revista Estomatológica de La Habana”) que cumplieran con el criterio de inclusión predefinido: hacer referencia directa a la etiología, diagnóstico o tratamiento de afecciones del periodonto. **Desarrollo.** Se documentaron de las enfermedades periodontales: la piorrea alveolar, gingivitis, estomatitis catarral, flemones perimaxilares y miasis bucal, causas sistémicas y distintos tratamientos. **Conclusiones.** Los artículos revelaron un pensamiento periodontal caracterizado por descripciones clínicas detalladas y una terminología diversa.

**Palabras clave.** Periodoncia; periodoncio; cavidad bucal; medicina oral.

### INTRODUCCIÓN

Saiz Burgueño et al. <sup>(1)</sup> resume en su artículo que el periodonto constituye el “conjunto de tejidos que dan soporte al diente.” Este se encontrará conformado por la encía, el hueso alveolar, el ligamento periodontal y el cemento radicular, los cuales van a tener como función la fijación y unión de los dientes a los maxilares. <sup>(2)</sup> En ese artículo se categoriza además las enfermedades periodontales en dos grupos: la gingivitis y la periodontitis. En el caso de la primera se verán afectadas únicamente las encías,

siendo este el recubrimiento exterior, mientras que la segunda será una evolución de una gingivitis no tratada, donde se verán afectados también los tejidos de soporte.

Por otra parte, Ramón Rodas <sup>(2)</sup> refiere que la posibilidad de que una persona padezca una enfermedad periodontal va a verse condicionada por factores ambientales, genéticos, enfermedades sistémicas, mala higiene o alimentación, vicios, entre otros, siendo más probable el apareamiento de esta enfermedad en personas que superan los 30 años.

En Cuba el tratamiento de estas enfermedades a lo largo de la historia, pasó por varios estadios. En un inicio, no existía ni siquiera la Periodoncia como una asignatura en la Facultad de Estomatología de La Habana. Esta se vino a consolidar luego de la Reforma universitaria en 1962, donde se unieron los contenidos periodontales, antes incluidos en las asignaturas de “Patología Bucal y Terapéutica” del departamento de Diagnóstico y Terapéutica. Ya para 1968, fue establecida como especialidad de la mano del Dr. Orlando Seguí León, responsable de la formación de los nueve residentes con los que se contaba en aquel momento. Además, se hicieron cambios en los planes de estudio de la carrera de Estomatología y fueron incluidas las asignaturas Periodoncia I y II. <sup>(3)</sup>

El análisis histórico de la literatura científica es fundamental para comprender las bases teóricas, los conceptos y los tratamientos que cimentaron la evolución de la periodoncia, ya que permitió rastrear la transición desde paradigmas etiológicos generalistas hacia una comprensión multifactorial que integraba elementos locales y sistémicos.

Partiendo de esto, los autores del presente trabajo tendrán como objetivo compilar el desarrollo científico de la periodoncia en las revistas “Cuba Odontológica y la “Revista Estomatológica de La Habana”.

## **DESARROLLO**

### **Método**

El presente estudio se enmarca en un diseño de investigación cualitativa, descriptiva e histórica, sustentado en una exhaustiva revisión documental. Esta revisión se centró en el análisis de fuentes primarias, constituidas por los ejemplares físicos de las revistas científicas cubanas “Cuba Odontológica (1917-1931) y “Revista Estomatológica de La Habana” (1947-1950), disponibles en la Biblioteca Nacional de Cuba. Adicionalmente, se consultaron fuentes secundarias en formato digital a través de la base de datos Google Scholar para contextualizar y complementar el análisis de las fuentes primarias.

Debido a la falta de disponibilidad de la totalidad de los ejemplares, el análisis se realizó sobre un universo de 61 números localizados (46 de “Cuba Odontológica” y 15 de “Revista Estomatológica de La Habana”). Del total de artículos contenidos en estos ejemplares, se seleccionaron para su análisis 16 que cumplían estrictamente con el criterio de inclusión predefinido: hacer referencia directa a la etiología, diagnóstico o tratamiento de afecciones del periodoncio. De este total, 13 artículos correspondieron a “Cuba Odontológica” y 3 a “Revista Estomatológica de La Habana”.

La selección de estas dos publicaciones periódicas se debió a que son fuentes fundacionales de la estomatología cubana y a la falta de información digitalizada sobre el tema para el período de estudio. Es importante señalar que el período investigado presenta un vacío documental entre 1932 y 1946, debido a la ausencia de números

conservados de estas u otras publicaciones periódicas especializadas que cubran dichas fechas.

## **Resultados**

### **Cuba Odontológica**

Carol <sup>(4)</sup> en 1918 destacó el uso esencial de la radiografía para diagnosticar y monitorear la reabsorción ósea en la piorrea alveolar, permitiendo localizar el daño, evaluar tratamientos e identificar restos radiculares o infecciones post-extracción.

Un artículo de 1919 contemplado en la revista sobre la “Piorrea Alveolar” le atribuía a esta una causa general (diatesis artrítica), rechazando agentes microbianos específicos como la endameba bucalis. El tratamiento propuesto combinaba dieta, higiene rigurosa, eliminación de cálculos y agentes alcalinos, enfatizando que la cura requería abordar la causa sistémica y no solo los síntomas locales. <sup>(5)</sup>

En el artículo publicado en 1920 por Forester y Milwaukee, <sup>(6)</sup> trata sobre las manifestaciones en las membranas mucosas de diversas enfermedades dermatológicas, con especial énfasis en las erupciones planas orales. Estas lesiones, descritas como pápulas opalinas, indoloras y de color blanco grisáceo, pueden aparecer en encías, lengua, labios y paladar, organizándose en líneas, redes o placas. Aunque son persistentes y pueden reincidir, no tienden a la ulceración ni a cambios degenerativos. El diagnóstico diferencial con sífilis puede ser complicado debido a la similitud clínica, por lo que se requiere experiencia para evitar confusiones con lesiones sifilíticas o leucoplasias. La observación clínica cuidadosa es esencial para identificar correctamente estas afecciones, especialmente cuando no hay otros síntomas evidentes.

El documento de noviembre de 1920, escrito por Sánchez Armenteros, <sup>(7)</sup> trata sobre la inflamación como respuesta del organismo ante agentes patógenos, especialmente en el contexto odontológico. Se destaca que la inflamación en los tejidos periodontales, como en la osteoperiodontitis alveolo-dentaria, puede ser causada por irritantes como el sarro compuesto de urato de sodio, ácido úrico y fosfato de calcio, lo que lleva a la destrucción tisular y la infección. También se describen las inflamaciones óseas, tales como periostitis, osteomielitis y osteitis, relevantes en los maxilares y se mencionan tratamientos que incluyen sedantes, vasoconstrictores y analgésicos. Se advierte sobre el uso cuidadoso de algunos medicamentos por sus efectos adversos, como la morfina y la neetanilina. La importancia del manejo adecuado de la inflamación en odontología es clave para prevenir complicaciones mayores.

Sobre la pulpitis se escribió en 1926, destacándose la importancia creciente del estudio del periodonto en la práctica odontológica. Las periodontitis eran consideradas las afecciones dentarias más frecuentes y una de las principales causas de extracción dental. Se clasificaban en agudas y crónicas, y se reconocían formas clínicas diversas como las purulentas, granulomatosas o necróticas. Los síntomas descritos incluían dolor al choque anatómico, sensación de diente alargado, inflamación gingival localizada y molestias nocturnas, con una distinción clara entre formas agudas dolorosas y formas crónicas más silentes. <sup>(8)</sup>

El artículo señala que muchas extracciones se realizaban por presión del paciente o por diagnósticos apresurados, cuando en muchos casos podría haberse optado por un tratamiento conservador. Entre los métodos terapéuticos que comenzaban a explorarse se mencionan la resección apical, el legrado periapical y la reimplantación dentaria,

aunque se reconocían sus limitaciones técnicas. Además, se advertía sobre posibles complicaciones de las periodontitis, como fístulas (gingivales y cutáneas), osteomielitis e incluso infecciones de propagación sistémica.<sup>(8)</sup>

Aunque los conocimientos microbiológicos eran aún incipientes, se valoraba la importancia de una desinfección adecuada del campo operatorio, utilizando agentes como el formol, el fenol o el yodo. El texto reflejaba un cambio de paradigma: de una odontología extractiva hacia una más conservadora y científica, donde el diagnóstico minucioso se convertía en herramienta esencial para la toma de decisiones clínicas.<sup>(8)</sup>

En un artículo sobre la piorrea alveolar, se describe esta enfermedad como una afección inflamatoria progresiva que afecta el periodonto, especialmente en su porción cervical y alveolar. Se detallan factores locales como el sarro (tártaro) de origen salival o sanguíneo, obturaciones defectuosas y prótesis mal ajustadas, los cuales favorecen la inflamación gingival y la pérdida del soporte óseo del diente. Se menciona que estas concreciones calcificadas provocan la retracción gingival y la exposición radicular, llevando eventualmente a la caída dental. También se consideran causas infecciosas, señalando la presencia de múltiples microorganismos, aunque sin identificar un agente específico. El artículo destaca que la piorrea destruye los tejidos del periodonto de forma gradual, comenzando por la encía y extendiéndose hacia el ápice dentario, lo que evidencia una comprensión temprana de la enfermedad periodontal como un proceso multifactorial.<sup>(9)</sup>

Fernando Ortiz<sup>(10)</sup> en 1925 redactó una carta al Sr. Marcelino Weiss que contiene un interesante testimonio histórico-literario sobre la odontología en el siglo XVII, mediante una loa escrita por Agustín de Rojas en 1604 titulada “Sobre la Dentadura y sus Remedios”. En este texto se describen con notable precisión las características de una dentadura sana, mencionando la presencia de 32 piezas dentales (dientes, colmillos y muelas) y la importancia de su alineación, blancura, firmeza y el color rosado de las encías, lo cual evidencia un temprano interés en aspectos propios de la salud periodontal. Además, se detallan diversas prácticas de higiene bucal, como enjuagues con agua fría o templada según la estación, limpieza de encías con paños finos y el uso de mondadientes de pluma de ganso, recomendados por su suavidad frente a otros materiales dañinos como el metal. También se enumeran numerosos remedios naturales usados en la época, incluyendo aguas medicinales, aceites, hierbas y preparados que, aunque rudimentarios, reflejan un intento sistemático de prevenir y tratar afecciones dentales y de las encías como el dolor, la inflamación, el mal aliento y las infecciones.

El texto critica además hábitos perjudiciales para la salud oral, como consumir alimentos duros, dulces o flemosos, y los cambios bruscos de temperatura al comer o beber. En conjunto, este documento ofrece una valiosa visión histórica de cómo se abordaban empíricamente los cuidados dentales en el pasado, con una sorprendente atención a factores que hoy reconocemos como fundamentales en la prevención de enfermedades periodontales.<sup>(10)</sup>

En un artículo de la revista de noviembre de 1928 se aborda de manera exhaustiva las infecciones odontogénicas y su evolución en forma de flemones perimaxilares, resaltando cómo estos procesos inflamatorios, habitualmente iniciados por caries dentarias o periodontitis, pueden derivar en abscesos y flemones que afectan no solo los tejidos blandos sino también los maxilares y la región cervical. El autor destaca un punto de vista interesante y de gran actualidad para la época: que la extracción temprana del diente afectado, incluso durante el período inflamatorio, es fundamental para frenar la infección y evitar complicaciones tan severas como la meningitis

fibrinopurulenta o la trombosis de los senos cavernosos. Es notable cómo se describen las distintas localizaciones de los flemones según el diente causal y se explica la histología del pus, señalando la participación de linfocitos y neutrófilos y la responsabilidad de estreptococos y estafilococos como agentes principales. <sup>(11)</sup>

Además, a los autores les pareció enriquecedor cómo el texto insiste en la importancia de diferenciar estas infecciones de otros procesos como la osteomielitis o los tumores, y en el valor de la colaboración entre el dentista y el cirujano para lograr un diagnóstico y tratamiento oportunos. En conclusión, el documento deja claro que la retención de un diente infectado no solo puede perpetuar la infección local, sino que pone en riesgo la vida del paciente, por lo que la extracción se convierte en un paso esencial para frenar la evolución de estas lesiones. <sup>(11)</sup>

En 1928 en la revista fue presentado un caso clínico excepcional de miasis bucal, que consiste en la invasión de la cavidad oral por larvas de moscas, específicamente de la especie *Lucilia macellaria* o “mosca carnicera”. Esta afección se presentó en una niña de cuatro años y se observó una lesión en la bóveda palatina con la presencia activa de una larva. La mucosa bucal se mostraba inflamada, pero sin los signos agudos característicos de infecciones bacterianas, lo que llevó al diagnóstico del parasitismo. Este caso resultó de gran interés en periodoncia porque muestra cómo una deficiente higiene bucal, sumada a factores externos, puede permitir la colonización de parásitos en la cavidad oral, generando procesos inflamatorios en las encías y tejidos orales. El texto enfatiza la importancia de la limpieza e higiene bucal como barrera esencial frente a este tipo de infecciones inusuales y destaca la necesidad de actuar rápidamente para extraer el parásito y evitar complicaciones más graves. <sup>(12)</sup>

En el propio 1928, pero en diciembre en un artículo se aborda la estomatitis catarral, una inflamación de la mucosa bucal caracterizada por enrojecimiento, dolor, aumento de secreciones y sangrado de la encía, manifestándose con frecuencia en personas con dientes en erupción, caries dentarias o irritaciones locales por prótesis o traumatismos. Se destaca que estas inflamaciones suelen aparecer como resultado de un desequilibrio biológico o infecciones sistémicas y, en casos avanzados, pueden comprometer la salud general del paciente. El texto describe cómo la inflamación afecta las encías y tejidos adyacentes, acompañada de halitosis, secreción salival pastosa y dificultad para la masticación y la fonación. Desde el punto de vista de la periodoncia, se subraya la importancia de la higiene bucal, la eliminación de factores irritantes como sarro o piezas dentarias defectuosas, y el uso de enjuagatorios antisépticos y medicamentos astringentes para aliviar los síntomas. El artículo también relata casos clínicos que ilustran la relación entre la inflamación gingival y la presencia de sarro o mal posicionamiento dental, insistiendo en la necesidad de un diagnóstico y tratamiento oportunos para evitar complicaciones sistémicas y para restablecer la salud periodontal del paciente. <sup>(13)</sup>

En enero de 1930, en el Dispensario Dental Modelo de La Habana, se presentó un caso poco común de escorbuto infantil (enfermedad de Barlow), lo que motivó su estudio y discusión entre odontólogos. El paciente era un niño de dos años llamado José Hernández, criado artificialmente desde su nacimiento con fórmulas como Glaxo, leche Klim y leche condensada, sin haber sido lactado por su madre. Este tipo de alimentación deficiente en vitamina C, junto con antecedentes de frecuentes trastornos intestinales, culminó en un cuadro clínico grave con manifestaciones orales visibles como inflamación y sangrado en las encías. La madre lo llevó al dentista antes que al médico debido a la notoriedad de los síntomas bucales. El caso fue relevante porque las manifestaciones orales del escorbuto, aunque secundarias, pueden ser clave para la

detección temprana de la enfermedad por parte del odontólogo, lo que resalta la importancia del profesional dental en el diagnóstico de enfermedades sistémicas. <sup>(14)</sup>

El artículo “Apiceptomía”, escrito por Berger, <sup>(15)</sup> profesor de la Universidad de Columbia, y traducido por Bassart, fue publicado en febrero de 1930 en la revista. En él, se aborda con profundidad la técnica quirúrgica de la apiceptomía.

La apicectomía, descrita por Berger en 1930, <sup>(15)</sup> era una técnica quirúrgica para remover el ápice radicular dañado cuando el tejido no podía regenerarse. Se consideraba una medida auxiliar y no una cura definitiva, destinada a eliminar tejido patológico irrecuperable. Es útil, por ejemplo, cuando una raíz individual está comprometida por piorrea o trauma, o cuando existen fracturas, cuerpos extraños o perforaciones en el tercio apical. Las contraindicaciones incluyen mala salud general del paciente, dientes en malas condiciones estructurales, posiciones anatómicas desfavorables y falta de pericemento adecuado. La selección del caso y el tratamiento adecuado del conducto radicular son esenciales para el éxito. Las causas comunes de fracaso incluyen selección inadecuada del paciente, errores en la técnica operatoria y deficiencias en el tratamiento postoperatorio. La técnica requiere una incisión cuidadosa para exponer el ápice, seguido de la remoción de tejidos enfermos y cierre apropiado de la herida. La cicatrización depende de factores como la vitalidad del paciente y la extensión de la lesión. Finalmente, el procedimiento debe llevarse a cabo solo si se garantiza una obturación eficaz del conducto y la eliminación total de factores que puedan causar reinfección.

En el artículo sobre la piorrea alveolo-dentaria, Vincent, <sup>(16)</sup> estomatólogo francés, plantea que la piorrea alveolo-dentaria no debe considerarse una enfermedad exclusivamente local, sino un síntoma de un estado patológico general del organismo. Propone dos causas principales para la alveolitis: una de origen endócrino-simpático, relacionada con trastornos del sistema nervioso autónomo y las glándulas endocrinas, y otra de naturaleza infecciosa, causada por la acción directa de microorganismos y sus toxinas sobre el hueso alveolar. Vincent destaca la vía septicémica (sanguínea) como la ruta más común de infección ósea, sugiriendo que la encía actúa como un órgano eliminador de microbios, especialmente en personas predispuestas. Además, muestra cómo enfermedades sistémicas como la diabetes, la enterocolitis o la apendicitis pueden estar conectadas con la aparición de la piorrea, al encontrarse en las encías los mismos microorganismos responsables de dichas patologías. A pesar de múltiples tratamientos intentados, solo la extracción dental o la supresión quirúrgica han demostrado eficacia consistente. El autor enfatiza la necesidad de un enfoque terapéutico integral y preventivo, apoyado en el diagnóstico bacteriológico de las encías, para abordar tanto la manifestación local como las causas sistémicas subyacentes.

### **Revista Estomatológica de La Habana**

En un principio el periodonto era conocido con el término de paradencio. Esto se puede constatar a partir de la tesis para obtener el título de cirujano dentista de Ruiz Castro, <sup>(17)</sup> quien en 1958 lo define como la “entidad anatómica y fisiológica que comprende: Periodoncio, cemento y hueso alveolar (...)”, siendo esto una coincidencia con el concepto planteado del periodonto al inicio de este trabajo.

Como parte del número 12 de la Revista Estomatológica de La Habana en su tercer año de publicación (1949) se pueden referenciar varios artículos de importancia y relacionados con el tema del presente trabajo:

Pierangeli y Gómez de Naranjo <sup>(18)</sup> publicaron un artículo en “La Tribuna Odontológica” donde analizaron la relación entre la estomatología y la diabetes. En su estudio, destacaron las principales afecciones bucales que afectan a los pacientes diabéticos y propusieron opciones de tratamiento. Entre los síntomas característicos, mencionaron la presencia de una gingivitis congestiva, con inflamación y tendencia a sangrar al contacto, atribuida a la secreción de glucosa en la saliva, lo que genera acidosis bucal y una disminución del pH.

También señalaron el impacto de la enfermedad en el hueso alveolar, donde se observa una reabsorción ósea y, en algunos casos, la desaparición del alvéolo debido a la acidosis, que impide la adecuada fijación de calcio para la regeneración ósea. Para contrarrestar estos efectos, recomendaron el uso de tratamientos alcalinos locales combinados con insulino terapia. En el manejo de la gingivitis, además de la insulina, sugirieron colutorios alcalinos, masajes repetidos y una correcta higiene oral, destacando que la recuperación podría acelerarse si se combinaba con ácido nicotínico y riboflavina, aunque la gingivitis diabética tiende a recidivar con facilidad. <sup>(18)</sup>

También abordaron la paradentosis en diabéticos, señalando que la reabsorción alveolar ocurre más frecuentemente de manera unilateral y vertical que horizontal. En casos de hipertrofia gingival, propusieron la cauterización, mientras que la estomatitis de Vincent sobre una gingivitis diabética debía tratarse con insulina y la aplicación local de sulfamidados o sulfarsenol al 5 %. <sup>(18)</sup>

En ese mismo número de la revista, Minden <sup>(19)</sup> abordó en su artículo el uso de hormonas sexuales femeninas en el tratamiento de la gingivitis decamativa crónica, destacando que esta afección ha sido una preocupación constante para los odontólogos. Según su análisis, la enfermedad se manifiesta con una inflamación extensa del tejido gingival marginal, acompañado de descamación del epitelio, lo que expone un tejido conectivo de color rojo azulado que sangra con facilidad. Se consideraba que su causa podía ser hormonal o endocrina, dado que era frecuente en mujeres con trastornos menstruales o en el climaterio. La condición se clasificaba en tres tipos: atrófica, decamativa verdadera y vesicular, cada una con características específicas. Los síntomas incluían enrojecimiento de las encías, papilas edematosas y sensibilidad extrema, con una sensación de quemazón al ingerir alimentos calientes, mientras que los fríos resultaban tolerables.

Aunque inicialmente no hubo consenso sobre su origen ni tratamiento, posteriormente se propuso la teoría de la deficiencia hormonal, la cual fue validada mediante la aplicación tópica de estrógeno en mujeres con alteraciones ginecológicas, observándose una estimulación del tejido conectivo y una regeneración epitelial. Se realizó un ensayo similar en hombres con testosterona, obteniendo resultados positivos en la recuperación gingival. <sup>(19)</sup>

Los autores encontraron un artículo de especial relevancia en el número 5 de la revista en su cuarto año de publicación, aunque resultó ser tomado de la Revista del Círculo Odontológico de Rosario, Argentina: “(...) la educación dental se interesaba principalmente, hasta hace pocos años, en la reparación de la pérdida de sustancia del diente y el reemplazo de los órganos perdidos en los arcos dentarios”. <sup>(20)</sup>

Casualmente, Pecorone <sup>(20)</sup> en su artículo argumenta cómo las enfermedades del paradentio, de conjunto con sus tratamientos, recibían escasa atención en los programas de estudio de las escuelas dentales. Esto justifica que, en aquel entonces, varios de los graduados se dedicasen a la práctica de esta rama de la odontología, aunque contando con escasos conocimientos.

“El hecho de que la causa completa de esta manifestación patológica bucal es hasta ahora desconocida, no puede ser una excusa válida para descuidar su atención”. A su vez, critica el hecho de que varios médicos, fundamentados en el peligro potencial que representan las infecciones paradenciales, prescriben la extracción de los dientes afectados por el desconocimiento de su tratamiento. Aunque en determinados podrían ser soluciones acertadas, no siempre se debe ordenar la avulsión de dientes que podrían ser salvados con el tratamiento acorde. <sup>(20)</sup>

En la práctica odontológica, resulta fundamental examinar los tejidos blandos y sus estructuras subyacentes, ya que la inflamación y las hemorragias son signos iniciales de afecciones patológicas en el paradencio. Este análisis conlleva una evaluación riesgo-beneficio, especialmente en el tratamiento de dientes gravemente afectados, pues en algunos casos puede resultar infructuoso e incluso comprometer la salud del paciente. En las fases iniciales de la paradentosis, se recomienda la aplicación de un agente antiséptico en el surco gingival o la bolsa piorreica para disminuir la actividad microbiana, empleando soluciones de mercurocromo al 5 %, con la posible combinación de sodio, cloruro de sodio y bicarbonato de sodio para formar una pasta fluida. Sin embargo, cuando la enfermedad progresa y provoca el desprendimiento de fibras en el periodonto con la formación de una bolsa, el enfoque terapéutico cambia. En estos casos, lo más adecuado es realizar un raspaje del saco piorreico para favorecer la readherencia de los tejidos blandos a la superficie del cemento, aunque este procedimiento no siempre garantiza una recuperación total. <sup>(20)</sup>

## CONCLUSIONES

El contenido de los artículos analizados revela que el pensamiento periodontal de la época se caracterizaba por descripciones clínicas detalladas y una terminología diversa que reflejaba la influencia de distintas corrientes médicas internacionales. Se constató una evolución conceptual en el periodo estudiado, desde explicaciones basadas en causas generales (como la diátesis artrítica) hacia una comprensión más integral que incorporaba factores locales y sistémicos. En el ámbito terapéutico, se observó una notable evolución que partió de la incorporación de técnicas diagnósticas como la radiografía, avanzó hacia la aplicación de antisépticos más específicos. La consolidación de la Periodoncia como especialidad se basó en este desarrollo previo, evidenciado en la prensa estomatológica cubana de la época. Las fuentes históricas analizadas confirman la importancia de la investigación y la docencia como pilares en la evolución de la salud periodontal en Cuba.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saiz Burgueño Z, Zabala Ruiz B, Pérez Tornos MC, Giménez López V, Quirce Sánchez S, Ventura Martínez M. Enfermedad periodontal, conceptos básicos. Rev San de Invest [Internet]. 2024 [Citado 19 de junio del 2025]; 5(3). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/enfermedad-periodontal-conceptos-basicos/>
2. Ramón Rodas MK. Periodoncia “Periodontitis” [Tesis de titulación]. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca; 2023 [Citado 19 de junio del 2025]. Disponible en: <https://dspace.ucacue.edu.ec/items/0da43c39-5ae1-4f87-8c86-09af78c7f976>
3. Rodríguez Méndez G. Historia del Departamento de Periodoncia de la Facultad de Estomatología “Raúl González Sánchez”. La Habana, Cuba. Rev Hab Cienc Méd

[Internet]. 2019 [Citado 19 de junio del 2025]; 18(2):188-193. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2757>

4. Carol J. La radiografía en la práctica odontológica. Rev Cuba Odont. 1918; 2(3): 371-385.
5. Mayo CH. El control de las infecciones focales. Rev Cuba Odont. 1919; 3(6): 1019-1035.
6. Forester OH, Milwaukee MD. Dermatología y desórdenes asociados de las membranas mucosas. Rev Cuba Odont. 1920; 4(9): 1019-1035.
7. Sánchez Armenteros I. Inflamación. Rev Cuba Odont. 1920; 4(11): 1657-1665.
8. Sáez López E. Pulpitis y periodontitis. Algunas consideraciones sobre la avulsión dentaria. Rev Cuba Odont. 1926; 10(8): 333-338.
9. Morlote Ruiz L. La piorrea. Rev Cuba Odont. 1926; 10(8): 339-345.
10. Ortiz F. Una carta interesante del Dr. Fernando Ortiz. Rev Cuba Odont. 1928; 12(2): 58-65.
11. Rossi E. Meningitis fibrino purulenta por osteo flemón de origen dentario. Rev Cuba Odont. 1928; 12(11): 373-400.
12. Sanchez Ramírez M. Un caso de parasitismo de la cavidad oral (Miiasis Bucal). Rev Cuba Odont. 1928; 12(12): 419-423.
13. Codina S. Estomatitis Catarral. Rev Cuba Odont. 1929; 13(12): 460-471.
14. Espinosa y Ramos A. Enfermedad de Barlow. Rev Cuba Odont. 1930; 14(1): 30-34.
15. Berger A. Apicectomia. Rev Cuba Odont. 1930; 14(2): 88-93.
16. Vincent R. Nociones etiológicas nuevas sobre la piorrea alveolo-dentaria. Rev Cuba Odont. 1930; 14(3): 116-119.
17. Ruiz Castro B. Afecciones del paradencio y su tratamiento [Tesis de titulación]. México: Universidad Nacional de Odontología; 1958 [Citado 25 de junio del 2025]. Disponible en: <http://132.248.9.195/pmig2020/0137010/In dex.html>
18. Pierangeli RE, Gómez de Naranjo C. La Diabetes en Odontología. Rev Estomatol de La Hab. 1949; 3(12): 17-20.
19. Minden FV. Empleo de las hormonas sexuales femeninas en tratamiento de la gingivitis decamativa crónica. Rev Estomatol de La Hab. 1949; 3(12): 31-32.
20. Pecorone D. Terapia local de las Paradentopatías con especial referencia al empleo de agentes químicos. Rev Estomatol de La Hab. 1950; 4(5): 119-129.