

DIAGNOSTICO BIOLOGICO DE ACTIVIDAD FOCAL DENTARIA (*)

por

FERMÍN NAVARRO SÁNCHEZ

*Doctor en Medicina, Cirugía y Estomatología
Académico C. de la Real Academia de Medicina de Zaragoza*

y

JULIO LÁZARO ALQUEZAR

*Licenciado en Medicina y Cirugía
Académico C. de la Real Academia de Medicina de Zaragoza*

616-07:616.31

Si tras el diagnóstico clínico de afección alérgica es el odontólogo el que tiene que actuar para diagnosticar la existencia de un foco sensibilizante, el problema para éste, además de una gran responsabilidad, es de una no menor dificultad, pues la existencia de un foco no quiere indicar su actividad, y, por otra parte, sabemos que con el tiempo la sensibilización específica (de este tipo) se convierte en inespecífica, en cuyo caso la extirpación del foco primario es insuficiente para el tratamiento de la afección; después de la extracción el enfermo sigue exactamente igual de sus dolencias, y tanto para éste como para los médicos detractores del criterio intervencionista las piezas dentarias habrán sido inútilmente sacrificadas.

Tenemos, pues, sucintamente expuesto el problema que nos plantea el diagnóstico biológico de la infección focal en sí, y, por ende, como enfermedad alergizante; problema de inusitada importancia en el terreno no sólo de la Odontología, sino en el de la Medicina, y que nosotros, con las experiencias que más adelante detallaremos, creemos haber dado un paso para su resolución.

IMPORTANCIA DE LAS PRUEBAS HEMÁTICAS

Innumerables han sido las pruebas que, basándose en los índices hemáticos, han sido propuestas para el diagnóstico de la infección de Neuwuel, Sterling, etc.), la reacción antígeno-anticuerpo dismi-

(*) Nota previa presentada al I Congreso Hispano-Americano de Odontología y XVII Congreso Nacional.

nuirá la velocidad de sedimentación por la resta de las partículas globulínicas. En el futuro próximo un papel diagnóstico de gran importancia, pues aun focal, sin que ninguna de ellas haya sido admitida en la práctica corriente.

A nuestro entender, las pruebas hemáticas desempeñarán en un futuro que Vaughan dice, refiriéndose al índice leucopénico (única prueba hasta hoy realizada para el diagnóstico hemático de las afecciones alérgicas), que "... el índice leucopénico se encuentra aún en la fase experimental y en la actualidad no puede considerarse como un método habitual de diagnóstico en los problemas de fondo alérgico...". Es indiscutible que siendo la sangre el vehículo activo de la economía en donde de una forma exacta, casi matemática, los más nimios trastornos de orden patológico tienen su repercusión, en este problema, que de una forma tan íntima está ligado con ella, ya que los trastornos fundamentales en parte son de orden vascular y los anticuerpos tienen una de sus dos localizaciones electivas en el torrente circulatorio, es indiscutible que el hemograma, y más que éste la gráfica leucocitaria biológica, estén influídos por este tipo de afecciones.

Consideraciones hemáticas:

a) *De la velocidad de sedimentación.*—Han sido varios los autores que han empleado esta prueba hemática para el diagnóstico de la infección focal, proceso morboso que nosotros encajamos totalmente bajo el denominador común de *alérgico*.

En tal sentido podemos interpretar el aumento de la velocidad de sedimentación en la prueba de Schic, y la misma modificación encontrada por Gutzeit y Parade tras la movilización focal con onda corta o con corriente de alta frecuencia en los focos apicales dentarios.

Los glóbulos rojos están dotados de una carga eléctrica negativa que los repele entre sí y que, oponiéndose a la acción de la gravedad, tienden a estabilizar la suspensión; por otra parte, las proteínas del plasma funcionan como coloides de carga positiva, tanto mayor cuanto mayor es el tamaño de la partícula dispersa (globulinas, fibrinógeno, etc.); dicha carga tiende a neutralizar la de los hematíes acelerando su caída.

La eritrosedimentación se encuentra acelerada, según se desprende de lo expuesto, en todos los estados que se acompañan de aumento de la cantidad de globulinas, de lo que se deduce que, siendo la fracción globulínica la que contiene los anticuerpos (según experiencias

bulínicas, que con su carga eléctrica positiva neutralizaban a la negativa de los hematíes; esto nos explica los valores encontrados por nosotros en la mayoría de los casos estudiados de disminución de la velocidad de sedimentación.

b) *Del número de leucocitos.*—Widal fué el primero que incluyó la sangre como elemento de diagnóstico en los procesos de origen alérgico al encontrar una leucopenia no sólo en el choque anafilático, sino en toda manifestación alérgica aguda. Posteriormente, Joltrain interpreta como positiva la crisis hemoclásica cuando la reducción de la cifra leucocitaria excedía de 2.000 por milímetro cúbico, cifra ésta que fué reducida a menos de 1.000 por Rinkel.

En nuestras experiencias, de una manera general hemos encontrado estas modificaciones leucopénicas.

c) *De la fórmula leucocitaria.*—La función unilateral de la especie celular, particularmente alterada por su disminución numérica en la periferia, rompe la armonía fisiológica de la fórmula leucocitaria, constituyendo así un síntoma sensible y de fácil comprensión.

Schilling expone de manera perfecta las distintas variantes de los valores del hemograma.

El estudio de la *gráfica leucocitaria biológica* comienza con una reacción neutrófila, debido a ser más sensible este sistema, y se dispone rápidamente para la defensa, caracterizando la lucha del organismo con el agente causal. Histológicamente, corresponde esta fase a la imagen de la demarcación celular y la formación del pus; clínicamente, al apogeo de la gráfica febril. Designase este momento como Fase I o de lucha neutrófila.

Se presenta a continuación una reacción monocitaria, por lo general muy corta, que corresponde histológicamente a la formación de células emigrantes en los tejidos y de macrofagocitosis; clínicamente, a la crisis o vencimiento del proceso.

Los monocitos entran en acción cuando es necesario eliminar las células que han sido alteradas durante la lucha. Esta fase tiene dos aspectos, ya que lo mismo aparece cuando un proceso ha sido vencido después de una lucha aguda que cuando se activa un proceso que se encuentra en vías de curación, ya que en este caso el tejido reacciona en sentido hiperérgico, con sus células ya irritadas antes de que tenga lugar una nueva formación de pus "reacción de defensa". Este período se designa con los nombres de Fase II, monocítica, de defensa o de vencimiento.

Finalmente, al declinar el resto de los síntomas reaparecen los eosinófilos, cuya cifra había disminuído durante la infección, teniendo lugar a la vez una notable elevación del número de linfocitos, a menudo con elementos jóvenes.

Histológicamente corresponde este período a la infiltración linfocitaria de pequeñas células y a la frecuente eosinofilia alérgica de los focos inflamatorios en vías de curación, fenómeno que probablemente se debe a una sensibilización con las sustancias de desintegración heterólogas o heterogeneizadas. Esta fase se denomina como Fase III, curativa y linfocitario-eosinófila.

Los eosinófilos constituyen el reactivo más sensible de la infección o intoxicación, bajo cuya influencia disminuyen o desaparecen inmediatamente.

En la curación reaparecen, constituyendo el primer síntoma favorable. El aumento primario de los mismos sólo aparece en algunas afecciones alérgicas, de manera que debe considerarse de gran valor este síntoma.

En la actualidad, el criterio más generalmente sustentado es el de que la reacción eosinófila es debida a la participación de estos elementos en los fenómenos anafilácticos o alérgicos.

DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO DE ACTIVIDAD FOCAL.—

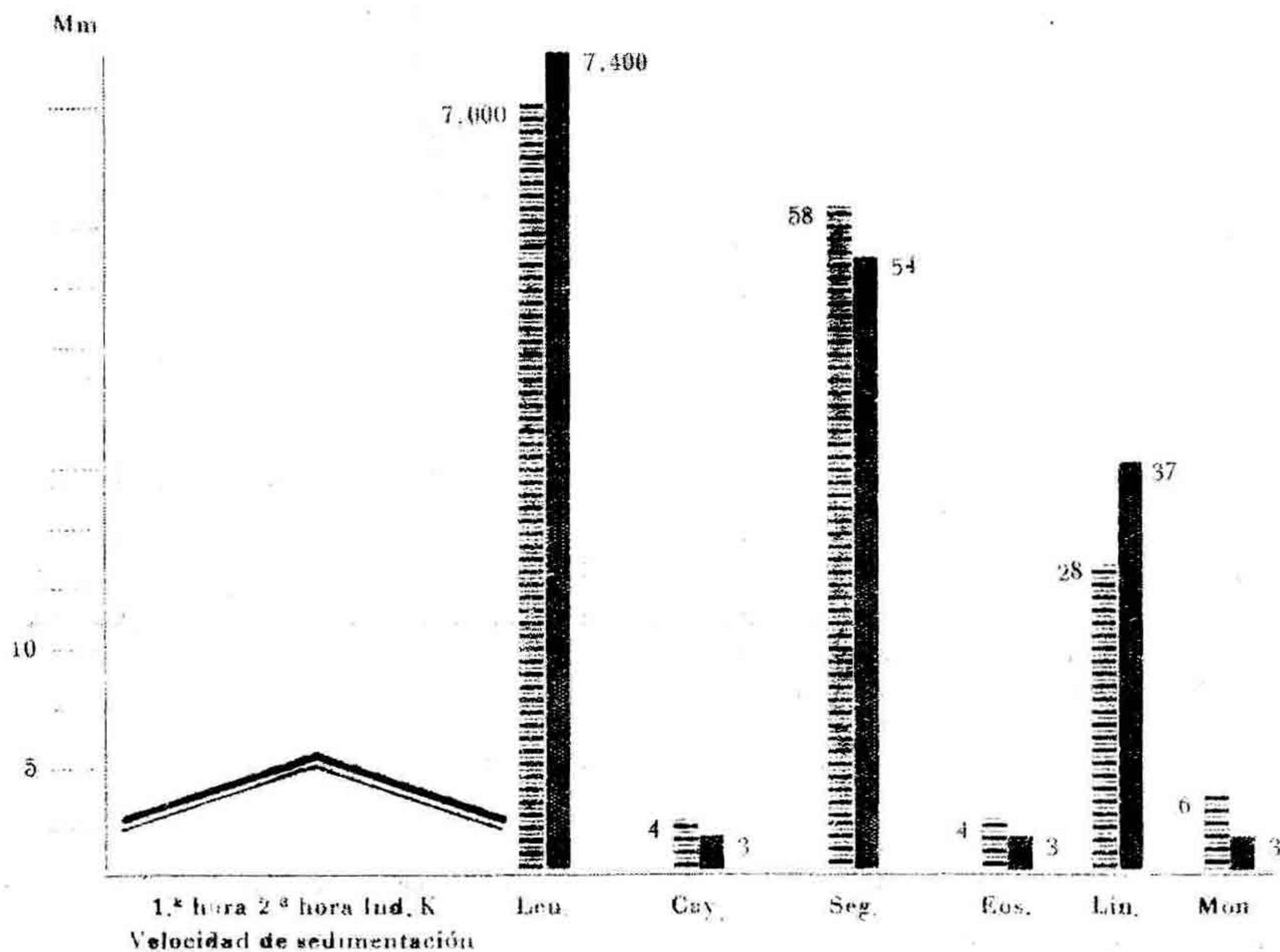
NUESTRAS EXPERIENCIAS

Sin entrar en detalles que de todos son de sobra conocidos, únicamente diremos que la teoría que explica los fenómenos concomitantes con la infección focal a través de la influencia del sistema neurovegetativo, se basa en el fenómeno de Speransky, y que para este autor, una vez iniciado el proceso, se hace autónomo, no obstante extirpar el foco iniciador.

Basándose en esta teoría, Huneke nos descubre y describe su célebre "fenómeno diagnóstico-terapéutico de Huneke" o "prueba del segundo".

Si la movilización del foco, considerando como tal los fenómenos que acompañan a las extracciones de las piezas dentarias responsables de manifestaciones alérgicas a distancia, cuando se practican sin la debida preparación del paciente ocasionan una serie de trastornos que clínicamente podemos considerar como de agravación de la enfermedad secundaria (aumento de las manifestaciones alérgicas por introducción violenta en el torrente circulatorio de los an-

tígenos existentes en el foco que biológicamente habían sido separados por una membrana o dique), se acompañan de un aumento de la velocidad de eritrosedimentación, leucocitosis con polinucleosis y desaparición de eósinófilos, manifestaciones éstas que, como acabamos de ver, indican una lucha entre el organismo y el agente patógeno, es natural sospechar que si la inyección de novocaína-cafeína en el foco activo produce la sedación de las molestias que a distancia padece el enfermo en el "momento" que se inyecta, y si esta desaparición tiene una duración de varias horas se producirán durante ellas modificaciones que afectarán al hemograma y a la eritrosedimentación.



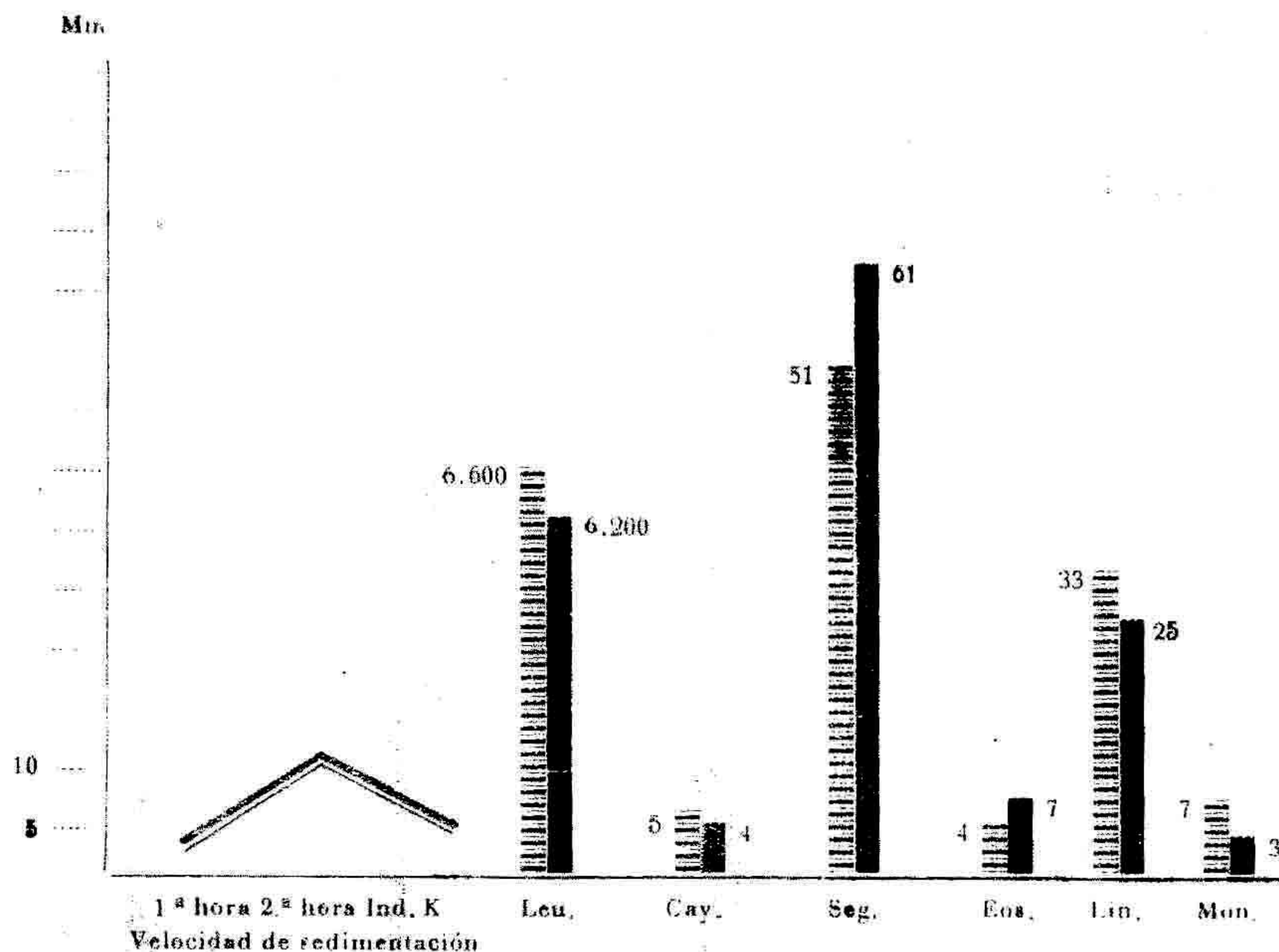
GRÁFICA NÚMERO 1.—Corresponde al caso número 1. Los valores en trazos corresponden a la toma primera; los de línea gruesa, a la practicada después de la inyección perifocal de novocaína. Lo mismo para todas las gráficas

Siguiendo esta primera idea e intentando demostrar prácticamente esta tesis, hemos reunido una serie de 25 enfermos, todos ellos con manifestaciones alérgicas generalizadas, los cuales ofrecían clínica y radiológicamente lesiones dentarias de tipo focal, a los que se les han practicado las siguientes determinaciones:

a) Extracción de sangre para determinar: recuento, fórmula leucocitaria y velocidad de sedimentación.

b) Seguidamente, inyección perifocal de un centímetro cúbico de la solución de novocaina-cafeína.

c) A los sesenta minutos practicamos una nueva extracción de sangre para determinar las pruebas del apartado a).



GRÁFICA NÚMERO 2.—Corresponde al caso número 8

Siguiendo esta técnica hemos obtenido unos resultados que exponemos a continuación, agrupados de la siguiente manera:

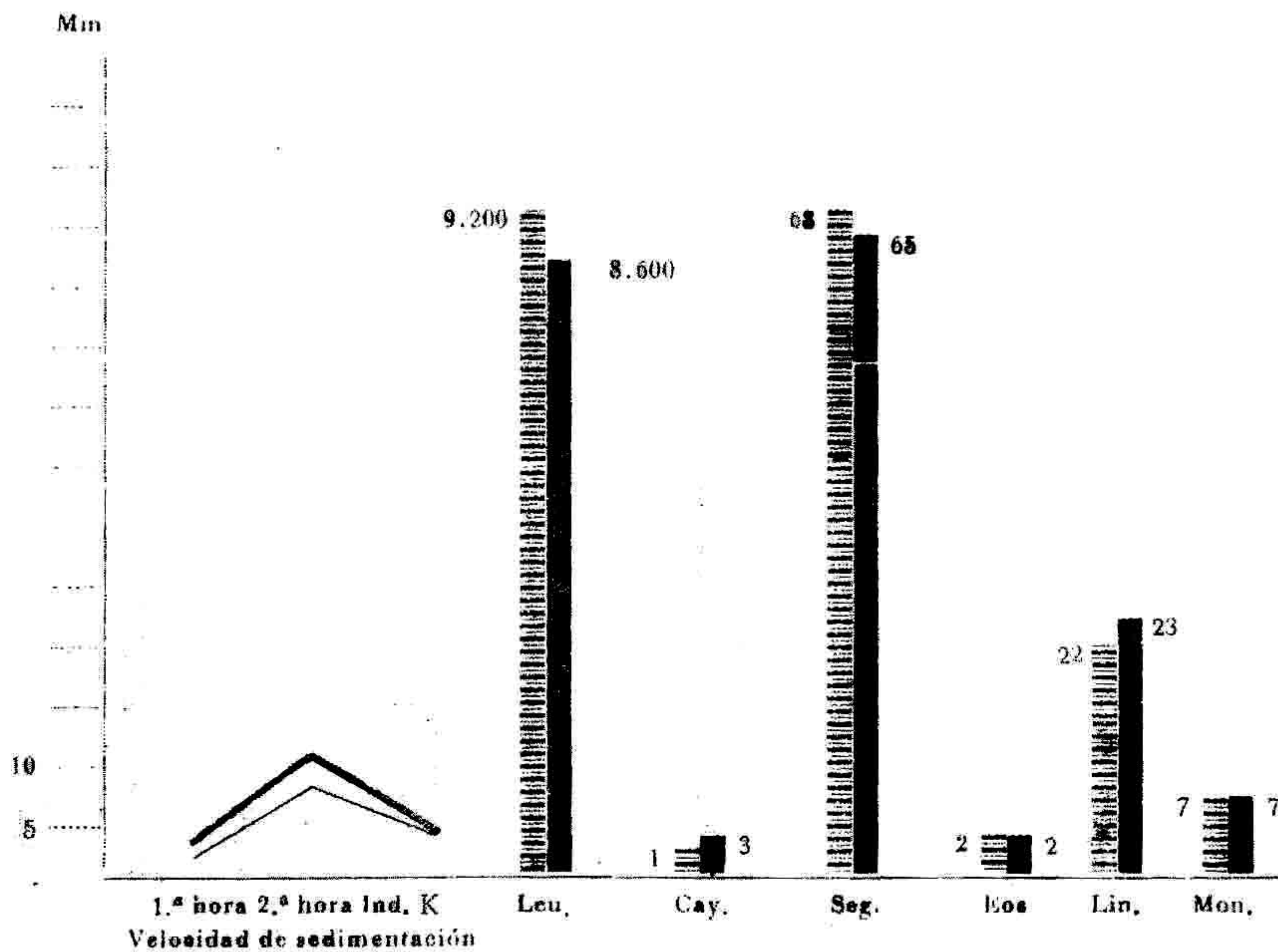
Grupo I.—Reunimos en este grupo los casos que no han tenido modificaciones en la velocidad de sedimentación, habiendo reaccionado de la citada forma ocho de los veinticinco casos estudiados, que dan un 32 por 100.

En el hemograma, aparecen dos tendencias opuestas: una, hacia la leucocitosis, y otra, hacia la leucopenia.

La leucocitosis va acompañada de linfocitosis, a expensas de los granulocitos, en dos de los casos estudiados (núms. 1 y 2).

En los que reaccionan con leucopenia, ésta se acompaña de linfopenia; en ninguno de estos casos se encuentra disminución de eosinófilos, encontrándose aumentados en el 50 por 100 de los mismos, mientras que el resto se mantiene con los mismos valores; en este último caso sufren un ligero aumento los cayados. En todos los casos de este subgrupo hay aumento de polinucleares neutrófilos; corresponden a éste los casos números 3, 4, 5, 6, 7 y 8.

Grupo II.—Reunimos aquí los casos que se acompañan de disminución de la velocidad de sedimentación. Comprende los casos signados con los números del 9 al 23, inclusive, que supone el 60 por 100 de los estudiados.



GRÁFICA NÚMERO 3.—Corresponde al caso número 9

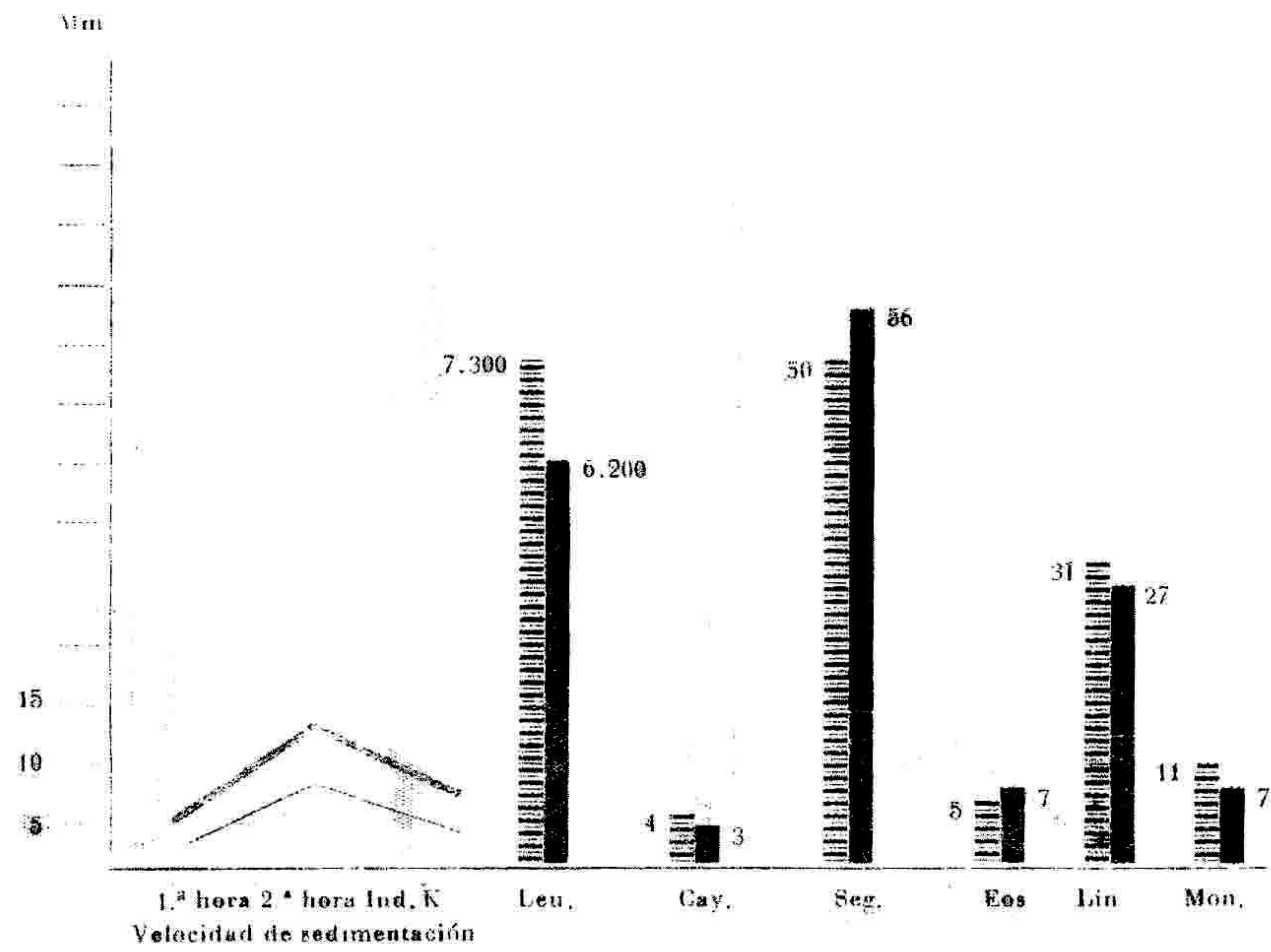
Dos tendencias distintas encontramos en este grupo iguales al anterior: enfermos que reaccionan hacia la leucocitosis y otros hacia la leucopenia. En cuanto a la fórmula, las modificaciones en nada se distinguen de las expuestas para el grupo anterior.

Grupo III.—Comprende los casos números 24 y 25, que reaccionan con aumento de la velocidad de sedimentación; sus hemogramas no presentan ninguna directriz en sus modificaciones.

CONSIDERACIONES

No es cuestión de presentar las historias clínicas de los veinticinco casos estudiados, que alargarían innecesariamente el presente trabajo, ya que las directrices que encontramos en las modificaciones de las constantes hemáticas coinciden con las particularidades clínicas, por lo que nos limitaremos a exponer uno de los casos de cada grupo como tipo del mismo.

En el grupo I nos encontramos con dos subgrupos: uno, con leucocitosis, y otro, con leucopenia; ambos (como ya hemos dicho) sin modificaciones de la veloridad de sedimentación.



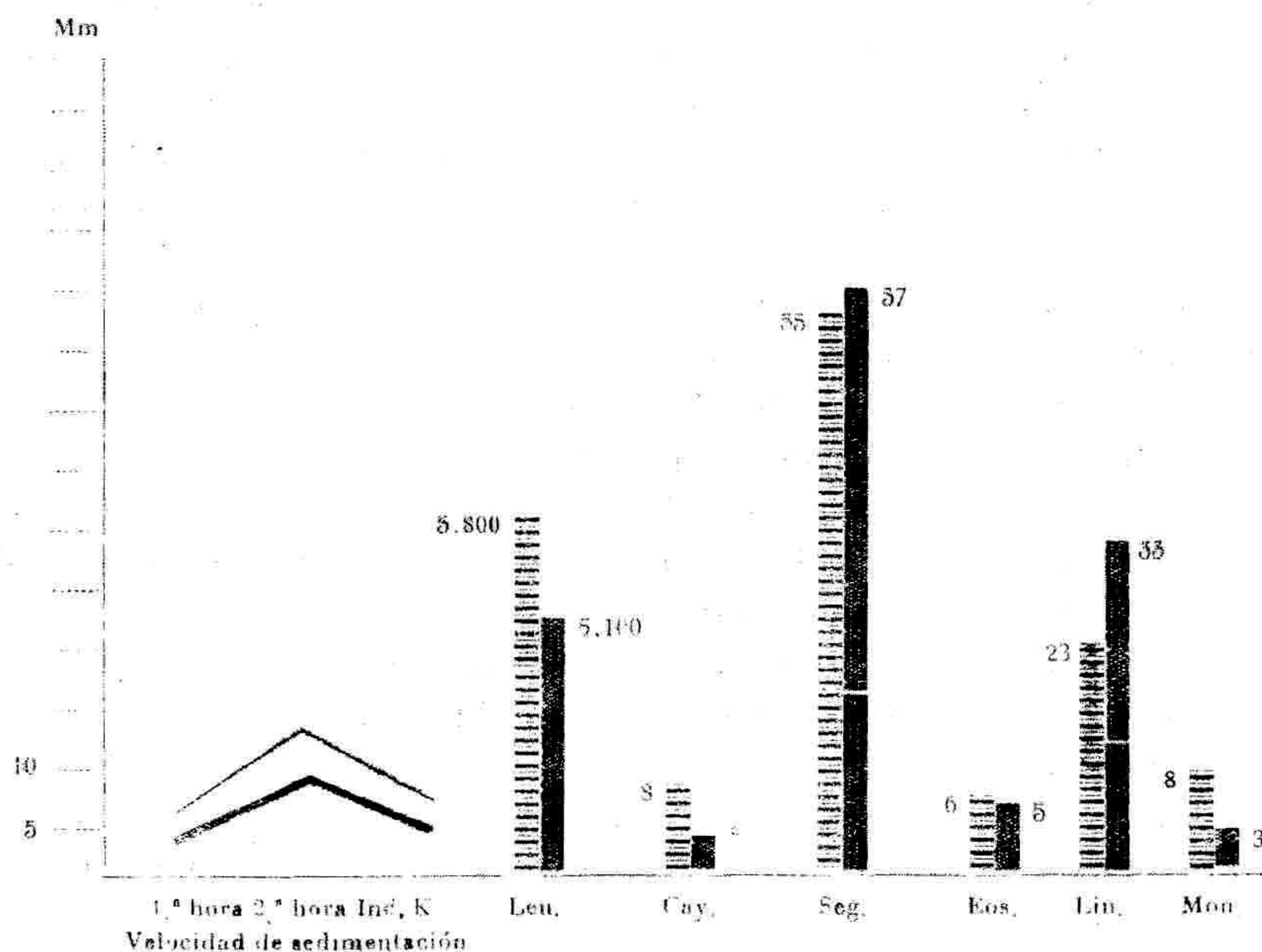
GRÁFICA NÚMERO 4.—Corresponde al caso número 29

Corresponde al primero de estos subgrupos el caso número 1, cuyas modificaciones hemáticas se exponen en la gráfica número 1, que clínicamente aquejaba dolores reumáticos en extremidades desde hacía cuatro años. En boca presentaba varias raíces, y la de los seis años, superior izquierda, fistulizada. Se le practicó la prueba de Hunneke, con resultado negativo. Como tratamiento se le saneó la boca

y se trató con autovacuna preparada de las piezas extraídas, sin haber sido modificadas en nada las molestias reumáticas que presentaba, por lo que hay que descartar la participación de sus dolencias bucales en los trastornos a distancia.

Este caso está por completo dentro de los que la prueba de Huneke diagnostica la participación de un foco en trastornos a distancia.

Al subgrupo segundo corresponde el caso número 8, cuyas modificaciones hemáticas están expuestas en la gráfica número 2, y que,



GRÁFICA NÚMERO 5.—Corresponde al caso número 24

como se ve, son completamente opuestas a las del caso anterior. Clínicamente aquejaba dolores en la articulación coxo-femoral desde hacía dos meses; en boca, el cordal inferior izquierdo, en erupción patológica. En este caso, la prueba de Huneke fué positiva, y la extracción fué suficiente para curar las molestias que aquejaba, a pesar de que, al igual que todos los casos estudiados, fuera tratado también con autovacuna.

Como vemos, dos modificaciones hemáticas completamente opuestas encontramos en los enfermos de este grupo, y que coinciden con

los resultados terapéuticos conseguidos en los mismos, pues aunque los casos estudiados no sean clínicamente lo claros que los citados parecen indicar, ya que la positividad de la prueba de Huneke no la hemos encontrado más que en los casos números 4, 5 y 8 (50 por 100 de este subgrupo), concuerda el hecho de que ninguno de los casos del subgrupo primero han encontrado ninguna mejoría ni después de las extracciones ni del tratamiento con autovacuna, mientras que en los del subgrupo segundo, con prueba de Huneke positiva o negativa, los que después de las extracciones no consiguieron una completa curación de sus trastornos a distancia, la autovacuna completó su curación.

En el grupo II nos encontramos con un subgrupo que reacciona a la inyección de novocaína-cafeína con leucocitosis y comprende los casos números 9, 10, 11, 12, 13 y 14, que coinciden clínica y hematológicamente con el subgrupo primero del grupo anterior, y que como tipo podemos citar el caso número 9, cuyas modificaciones hemáticas se exponen en la gráfica número 3, y que clínicamente aquejaba dolores reumáticos en extremidades superiores, preferentemente del lado derecho; que en boca presentaba el central inferior izquierdo muerto por golpe hace unos quince años, sin aquejar ninguna molestia, apreciándose en la radiografía un granuloma apical en dicha pieza. La prueba de Huneke resultó negativa, no consiguiéndose ninguna mejoría ni con la extracción ni con el tratamiento con autovacuna.

Al igual que en el grupo anterior, ninguno de los casos de este subgrupo respondió ni a la prueba del segundo ni al tratamiento.

Frente a estos casos tenemos otro subgrupo formado por los números 15 al 23 inclusive, que reaccionan con leucopenia y que, al igual que en el grupo I, las modificaciones hemáticas son completamente opuestas, así como los resultados terapéuticos.

clínico similar al anterior, reumatismo en extremidades superiores, y

Como tipo podemos citar el caso número 22, cuyas modificaciones hemáticas corresponden a la gráfica número 4, y que con un cuadro con una lesión en boca igual (central inferior izquierdo, muerto por golpe, con granuloma apical, fístula y sin molestias subjetivas) y prueba de Huneke negativa, la extracción, seguida del tratamiento con autovacuna, curó las lesiones a distancia.

A diferencia del subgrupo segundo del grupo anterior, éste es el único caso de este subgrupo en que, con leucopenia, velocidad de sedimentación disminuída, granulocitosis, eosinofilia y linfopenia, no es positiva la "prueba del segundo", por lo que la reunión de todos

estos síntomas podemos considerarla de una especificidad mayor que cuando falta esta modificación en la velocidad de sedimentación.

Finalmente, nos queda el grupo III, formado por los casos números 24 y 25, en los que la prueba de Huneke ha sido negativa y que las modificaciones hemáticas no siguen ninguna directriz de las estudiadas hasta ahora. Estos dos casos no han sufrido ninguna modificación de sus dolencias ni con la extracción ni con el tratamiento con autovacuna.

Vemos, pues, que existe un porcentaje bastante considerable de casos que, a pesar de presentar negativa la prueba de Huneke, la extracción del foco y el tratamiento posterior desensibilizante los curan de sus dolencias, y que precisamente estos casos reaccionan a la inyección perifocal de una solución de novocaína-cafeína en su hemograma, de una forma igual que los que reaccionan ante dicha prueba de una forma positiva, por lo que podemos sentar las siguientes

CONCLUSIONES

1.° Cuando al estudio de la actividad focal dentaria por la prueba de Huneke se añade el de las modificaciones hemáticas que tal prueba produce, aunque aquélla sea clínicamente negativa, las modificaciones encontradas pueden indicar una actividad de dichos focos.

2.° La agrupación de disminución de la velocidad de sedimentación, leucopenia, aumento de granulocitos, linfopenia y mantenimiento o aumento del número inicial de los eosinófilos son modificaciones que podemos considerar como de naturaleza alérgica y de actividad del foco estudiado.

Nueva vacuna antigripal

Un grupo de investigadores de la Universidad de Pittsburgh ha obtenido una nueva vacuna antigripal que aumenta al doble el período de inmunidad contra casi todos los tipos conocidos del virus. Las vacunas actuales son eficaces sólo durante un año. El Dr. Jonas E. Salk, que una semana antes había anunciado una nueva vacuna contra tres tipos del virus poliomielítico, ha presentado a la Asociación Médica Americana los hallazgos realizados en el campo de la gripe por él y sus colaboradores. Lo mismo que en el caso de la vacuna contra la poliomielitis, el Dr. Salk y sus colaboradores descubrieron que la emulsificación de virus muertos con aceite mineral aumentaba la capacidad de la vacuna para producir agentes inmunitarios.