

ENFERMEDADES CUTANEAS EN RELACION CON AFECCIONES DENTARIAS

por el Dr.

ANTONIO ZUBIRI VIDAL

Profesor adjunto de Dermatología de la Facultad de Medicina.

Dermatólogo del Hospital Provincial. Zaragoza

y por el Dr.

FERMÍN NAVARRO SÁNCHEZ

Médico Estomatólogo. Zaragoza.

616.31-06

En Dermatología se sistematizan las enfermedades para su mejor conocimiento y para un estudio más didáctico en *enfermedades de etiología conocida, reacciones cutáneas y genodermatosis.*

Las dermatosis de etiología conocida son las enfermedades de las cuales se conoce su razón de ser etiopatogénica, muchas veces local, tales como el impétigo producido por el estreptococo, el forúnculo debido al estafilococo, las tuberculosis cutáneas, etc.

Las reacciones cutáneas son de etiología múltiple o desconocida, y representan una especial reaccionabilidad del individuo, respondiendo su tegumento de una forma concreta ante diversos estímulos internos o externos, que muchas veces es necesario se den reunidos.

Por último el grupo de las genodermatosis engloba una serie de enfermedades en lo que lo fundamental es la intervención de los genes, alterados con el nacimiento, y aquí se estudian los nevus pigmentarios o lunares, etc.

Para nosotros y para el objeto de este trabajo, el máximo interés lo tienen las reacciones cutáneas. Son afecciones que están en concomitancia con la personalidad alérgica, la sensibilización, los trastornos neurovegetativos y toda esa serie de hechos que son comprobables en la clínica y que por otra parte

escapan un tanto a nuestros conocimientos, no siendo éste el momento de extendernos sobre ellos, pero que están en la mente del lector. Influyen en su presentación alteraciones endocrinas, metabólicas, nerviosas, psíquicas, digestivas, de sensibilización interna o externa, etc., y en la mayoría de las ocasiones una sola de ellas no es suficiente para que la reacción cutánea se dé, haciendo falta la suma de varias y sobre todo la especial reaccionabilidad del individuo, que es precisamente lo que más se escapa a nuestro conocimiento. Aquí se incluyen las más interesantes enfermedades de la piel, no solamente por los problemas que plantean, que obligan al especialista a un detenido estudio del paciente, sino también por su frecuencia y por la rebeldía a la terapéutica, por lo que son el verdadero campo de acción de quien se llame dermatólogo. Son reacciones cutáneas los eczemas, urticaria crónica, el psoriasis, eritema nudoso, la pelada o alopecia areata, el acné de la cara, el lupus eritematoso, etcétera.

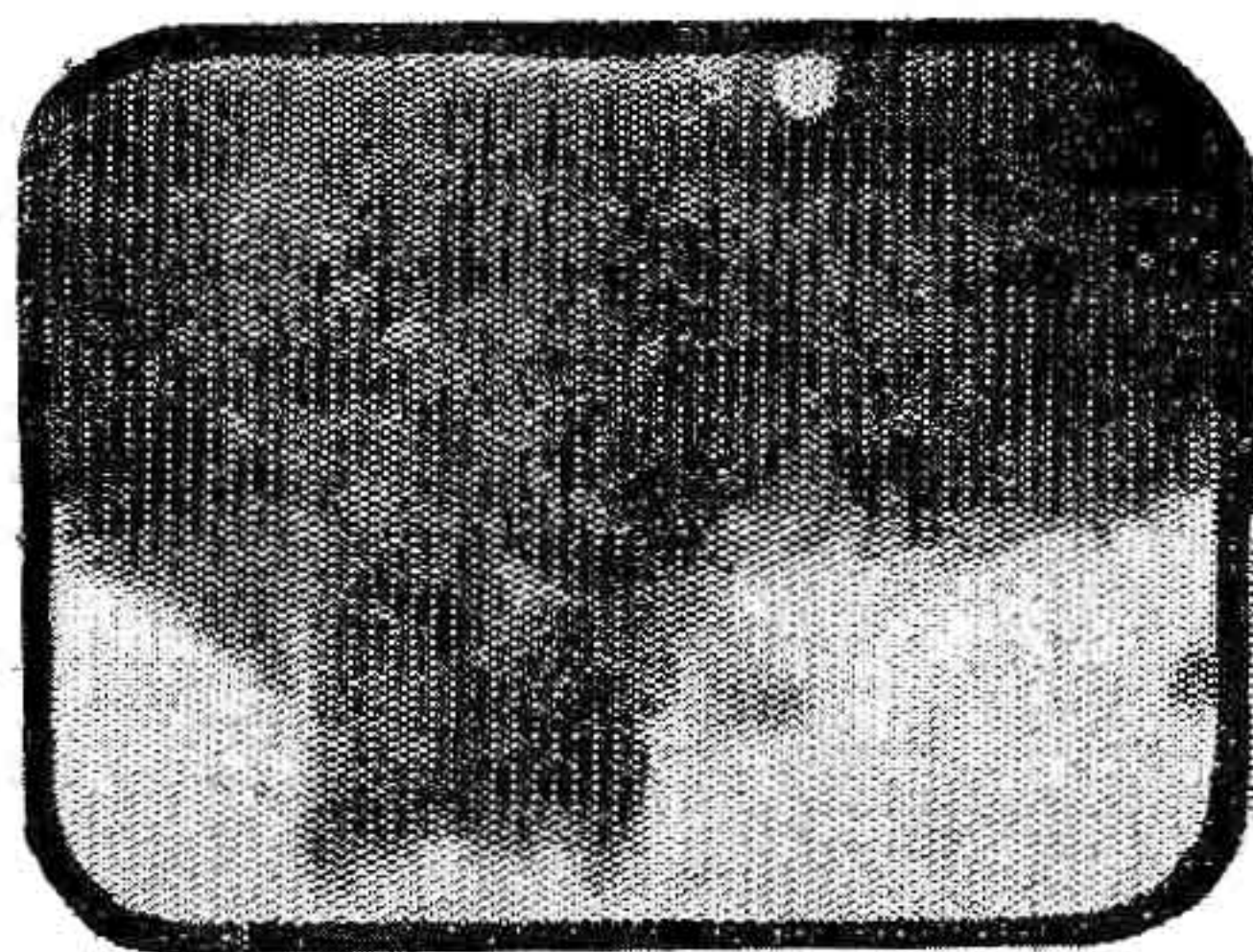
Un papel muy importante en estos procesos juega la patología de la boca, y éste es el motivo principal de este estudio. Ahora bien, digamos inmediatamente que no podemos considerar que todos los enfermos que el odontólogo ve tienen que tener reacciones cutáneas, ni que todos los enfermos de las afecciones que estudiamos han de tener afecciones dentales, ni tan siquiera que un enfermo con una afección de este grupo vaya a curar porque se le resuelva su problema odontológico, que incluso es posible que en ocasiones no tenga la más mínima intervención en la dermatosis; pero entre aquellas razones etiológicas que hemos citado antes (alteraciones endocrinas, metabólicas, nerviosas, etc.) juega un papel importante la patología dental y esto es lo que pretendemos que quede bien claro. Cualquier otra posición extrema ante estos problemas es totalmente absurda. Si todos los que tienen un granuloma apical, una paradentosis o una caries de cuarto grado tuviesen que tener una reacción cutánea, pocos nos libraríamos de ellas; téngase en cuenta que esto de la normalidad en Estomatología es similar a lo que ocurre en Oftalmología, y contemos una pequeña anécdota para que quede bien grabado: Bernard Shaw, el célebre y estrafulario escritor, sintió a los ochenta años la preocupación de si

tenía suficiente agudeza visual para seguir leyendo sin lentes, cosa que hacía con la mayor facilidad; acudió al oculista, quien en la graduación no encontró ninguna alteración, y le dijo que tenía la vista normal, y ante la duda de el escritor, le contestó: "Bueno, normal no, ya que el 90 por 100 de los hombres son miopes, astigmáticos o présbitas, y por ello usted es una excepción en esto, como en todo". Pues lo mismo podríamos decir en lo que se refiere a la boca, y esto hay que valorarlo siempre que se hagan estudios estadísticos de enfermedades en relación con la patología dental, ya que es difícil encontrar personas con una total normalidad en su dentadura.

Pero dejando estas disquisiciones y volviendo nuevamente al tema, podemos considerar que las afecciones dentarias pueden intervenir en las dermatosis por diversos mecanismos: acción directa, irritación nerviosa refleja, acción focal y acción indirecta a través de actuaciones opertorias o por medicamentos o sustancias que se apliquen o administren para curar los procesos patológicos dentarios.

DERMATOSIS POR ACCION DIRECTA EN RELACION CON UNA AFECCION DENTARIA

Es el caso más sencillo: el individuo que acude a nosotros con eczema de la cara o del cuello por una sensibilización microbiana alrededor de una fístula de origen dentario. Véase la radiografía número 1 que muestra un trayecto fistuloso lleno de sustancia radioopaca, que se debe a una carie de cuarto grado, y que llega al borde inferior del maxilar, produciendo una su-



Radiografía núm. 1
*Trayecto fistuloso producido
por el lateral inferior
derecho*

puración persistente que da lugar a un eczema paratraumático del mentón; para su curación bastó con la extracción de la pieza enferma, y al cesar la supuración curó el eczema y posteriormente el trayecto fistuloso. (Historia núm. 652, F. M., A. C. G.)

En otra ocasión es un trayecto fistuloso consecutivo a una osteitis que drena en nariz y ocasiona una queilitis curando las tres lesiones tras un legrado de maxilar en la zona enferma; anteriormente había mejorado con penicilia pese había reproducido. (Historia núm. 716, P., A. D.)

A veces es una estomatitis por sarro o tártaro que produce una queilitis escamosa por siembra, que tratado de su proceso odontológico con tartrectomia, mejoró; en él coincidía, además, una hiperclorhidria digestiva intensa que facilitaba la irritación de la encía y del labio, habiendo sido necesario la supresión de esta causa para la curación total. (Historia núm. 1.042, P., M. D. L.)

DERMATOSIS POR IRRITACION NERVIOSA REFLEJA

Este es un problema que se ha debatido mucho en Dermatología. Ha tenido especial aceptación en la alopecia areata o pelada, considerándose desde Max Joseph, en 1886, su extraordinaria influencia; este autor, pocos días después de haber practicado en los gatos la extirpación del segundo par de ganglios cervicales, observó la caída del pelo en el territorio cutáneo correspondiente a estos nervios, sin que se acompañasen de fenómenos inflamatorios o de otra clase. Aubrun, en 1938, corrobora en su tesis doctoral algunos de estos casos, si bien a la conclusión de que la alopecia de Max Joseph tiene poco parecido con la alopecia areata humana, opinando que gran parte de la caída del pelo en estos animales es de origen traumático, por el rascado pestinaz que la hiperestesia consecutiva a la operación produce.

pelo por falta de nutrición. Rousseau-Decelle colabora en este tema en 1911 y dice que las placas de pelada por este mecanismo aparecen en el mismo lado que las afecciones dentarias, sue-

Jacquet remoja esta teoría en 1900, creyendo que influye la irritación nerviosa refleja, que actúa a través de los filetes que inervan el folículo pilosebáceo, determinando una caída del

len ser pequeñas y en pequeño número, siendo de este origen el 10 por 100 del total de las que se observan.

Si vemos una radiografía del maxilar inferior (núm. 2) podemos apreciar la situación inmediata del cordal o muela del



Radiografía núm. 2

Radiografía en la que puede apreciarse la relación entre las raíces de los molares mayores 7 y 8 y el canal dentario del maxilar inferior

juicio sobre el canal dentario por donde discurre el nervio del mismo nombre (dentario o alveolar inferior), y no es difícil admitir que cualquier alteración de esta muela sea capaz de irritar el indicado nervio (avulsión, erupción más o menos patológica, malformación granuloma apical, etc.), y de aquí a través de las múltiples conexiones con el ganglio de Gasser por arriba vaya la excitación por vía retrógrada a la región temporoparietal, sucesivamente por el mandibular, maxilar superior, temporozigomático y cutáneo temporal, y por abajo a la región mentoniana, al salir por el agujero mentoniano y distribuirse por la región anterior de la barbilla. En la arcada superior los nervios alveolares siguen la vía del nervio maxilar superior, y después la acción refleja puede seguir el trayecto que hemos señalado antes.

Con esta etiología es frecuente ver enfermos, en especial en peladas de la barba en forma de pequeñas placas de alopecia en mentón y en la región mesetera, o en forma de grandes pla-

cas, como la enferma M. G. S., número 2“097 P., con una gran placa en la región temporoparietal izquierda. En ella la presencia de la pelada coincidió en el tiempo con la avulsión de los

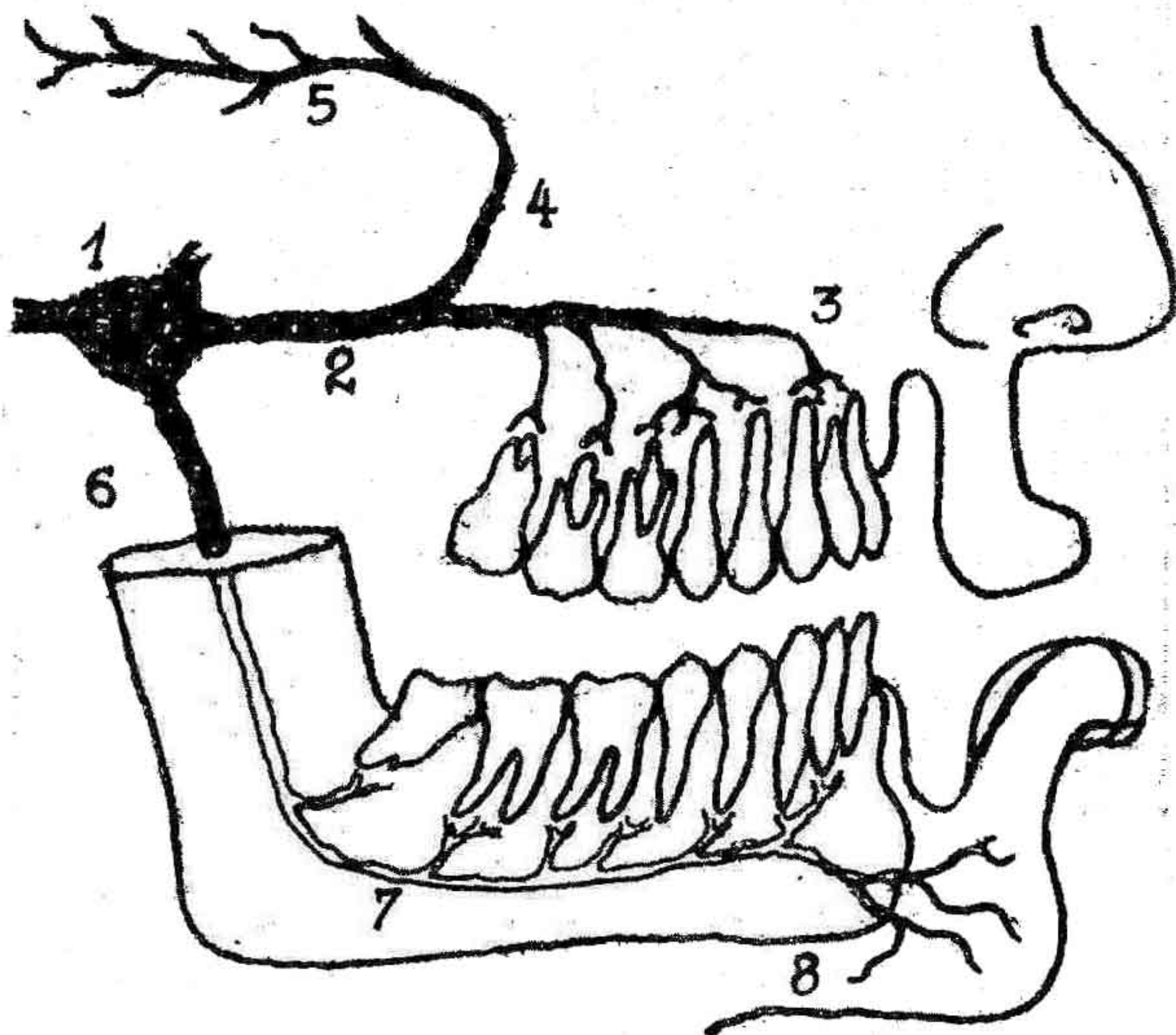


Figura núm. 3

Esquemas de las relaciones existentes entre los nervios dentarios y zonas alopecias: 1, ganglio de Gasser; 2, nervio maxilar superior; 3, alveolar anterior; 4, temporocigomático; 5, cutáneo de la región temporal; 6, maxilar inferior; 7, alveolar inferior; 8, mentoniano

molares superiores del lado correspondiente, aunque además de esta etiología había un fondo hipertiroideo concomitante, que ha sido necesario modificar para la curación de su proceso dermatológico.

Por esto en la relación de la pelada con las alteraciones dentarias es preciso pensar siempre en la posibilidad de la suma de otro mecanismo de actuación, además de la irritación refleja señalada. En un caso de pelada de la barba coincidiendo con molestias de la muela del juicio, pudo apreciarse que la anormal erupción del cordal había dado lugar a un espacio muerto,

que es posible actuase además por el mecanismo de foco séptico, del que nos ocuparemos seguidamente (radiografía núm. 3).



Radiografía núm. 3
*Erupción patológica del cor-
dal que origina un espacio
muerto en la cara mesial*

DERMATOSIS POR ACCION FOCAL DENTARIA

Este es sin duda el aspecto más importante y más oscuro de la relación entre la Dermatología y la Estomatología. El individuo que tiene un foco más o menos enquistado, de naturaleza infectiva, en el organismo, es capaz de sensibilizarse a los agentes patógenos, sus toxinas o sus productos de metabolismo.

Fué Paessler el que primero se dió cuenta de la importancia de estos hechos, aunque es probable, como se cita en la literatura de este tema, que algún médico advirtiese antes la relación entre lesiones dentarias y dermatosis, y en general sobre otros procesos orgánicos. Paessler desde 1909 inició una campaña sostenida con reiteración y con fundamentos estadísticos y clínicos refiriéndose a estos hechos que hemos mencionado. Separadamente, en 1910, el inglés Willian Hunter dió una conferencia en el Canadá con la misma orientación, y el modo específico de actuar de los del norte del continente americano, con repercusión de las ideas científicas en los periódicos que con tanta facilidad cultivan el sensacionalismo, hizo que sus manifestaciones saliesen del cauce médicoodontológico, y se ex-

tendiesen por toda la población. Este autor atacó furibundamente a la odontología conservadora, diciendo que "no mantenía los dientes sino la infección", criticando la "erección de mausoleos de oro sobre masas de gérmenes infecciosos capaces de ejercer una acción desastrosa sobre el organismo cuando están sepultados", mientras que los odontólogos "quedan tan satisfechos de su obra por la belleza de los empastes, coronas, puentes y prótesis estéticas, que son capaces de poner en peligro la vida del individuo". Naturalmente, con esta forma de atacar, la polémica y la polvareda de su conferencia hizo que se prestase atención en todos aquellos países a los problemas que Willian Hunter planteaba. Y más tarde es ya grande el número de trabajos que de este tema se han escrito, aunque en realidad es muy oscura toda la patogenia de la infección focal, y son muchos los escépticos en esta materia. Nuestra opinión ya la hemos expuesto antes al hablar de las causas de las reacciones cutáneas. El foco séptico creemos es una causa más, a veces muy importante, otras menos, que facilita la presentación de las dermatosis, las que se benefician a veces de su supresión, mientras que otras no guardan la más mínima relación de causa a efecto.

Billing considera que el 30 por 100, aproximadamente, de los casos en que hay intervención de infección focal, ésta se debe a la dentadura, influyendo los dientes necróticos, los granulomas y quistes radiculares, los abscesos alveolares crónicos y la piorrea alveolar. Esta última, si queremos que se admita como causa de verdadero foco, hay que pensar solo en los casos en que se produzcan los "espacios muertos" de que habla Passler.

Para Bassas Gran la influencia de los focos dentales en los eccemas se observa en el 22 por 100 de lo enfermos.

En lo que se refiere a la posibilidad de diagnóstico de infección focal dentaria, el dermatólogo debe limitarse a sospechar la posible existencia de los mismos, y estudiar su relación con las afecciones cutáneas. Para esto nos sirven las pruebas alérgicas bacterianas de tipo intradérmico, que nos orientan sobre sensibilización a ciertos gérmenes, que debemos estudiar luego donde se encuentran acantonados.

De momento no hay duda que es la radiografía el método más seguro que poseemos para encontrar los focos dentarios, aunque no todos dan imágenes, y así Henbner cree que este detalle debe tenerse muy en cuenta; para Haden el 68 por 100 de los focos periapicales hallados por él no dieron imagen radiológica; hay que tener en cuenta, además, la importancia de una buena radiografía, pues el centraje de la proyección es un factor decisivo, y la área radiolúcida es más indicadora que la radioopaca de infección dental.

Cuando este procedimiento no está a nuestro alcance, podemos acudir a la termometría (ausencia de sensibilidad al frío y aumento al calor), la sensibilidad a la presión y percusión, acompañada ésta de sensación de movimiento en la punta de la raíz, para lo cual se coloca suavemente el dedo en esta región, endoscopia (zonas más oscuras) y exploración con corriente de alta frecuencia, que nos orientarán sobre su existencia.

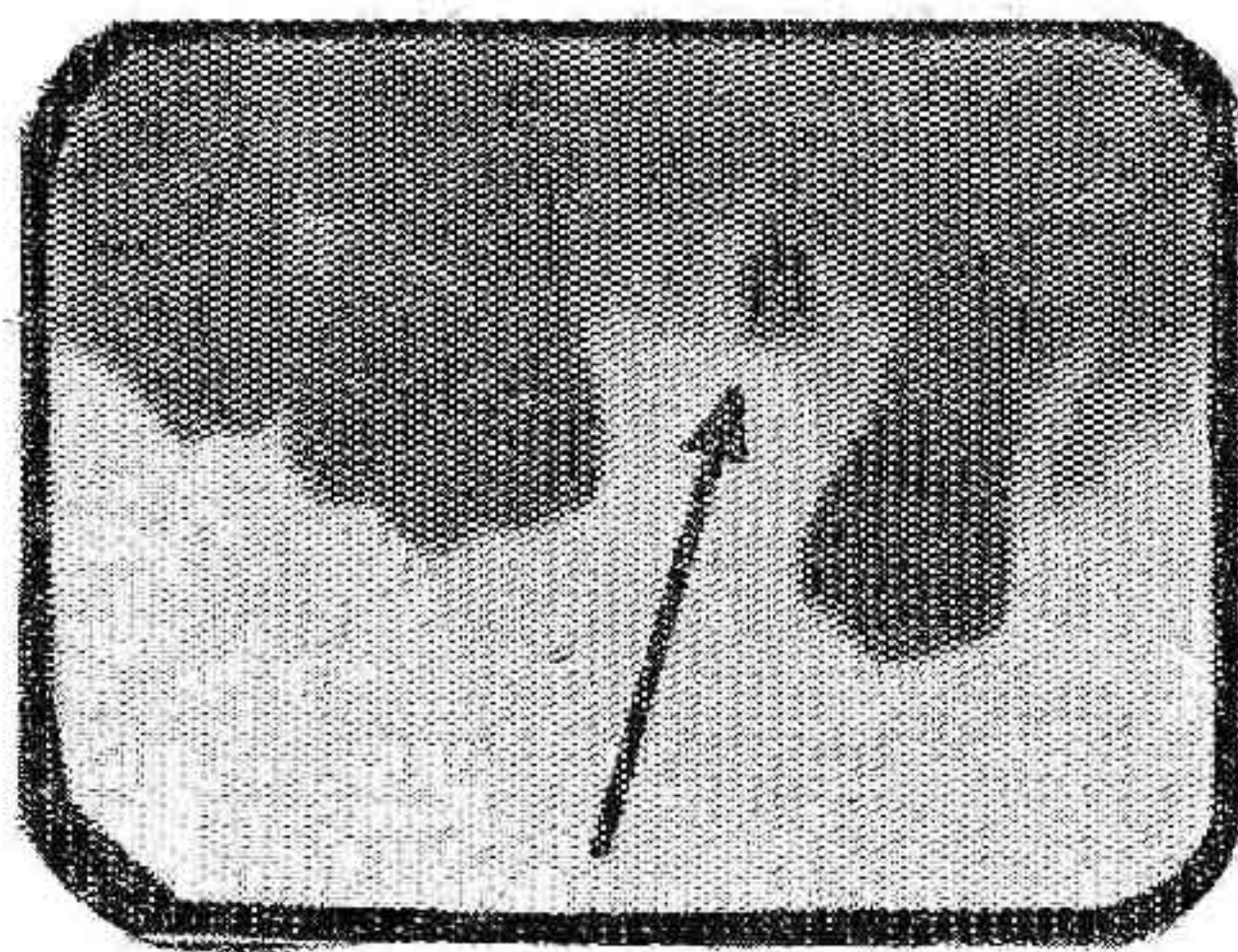
Se nos plantea ahora el problema más importante, el de los dientes desvitalizados, para los cuales todas estas pruebas son negativas. Para los autores norteamericanos, siempre que existe un diente desvitalizado y se sospecha la existencia de un foco, debe de sacarse una radiografía, pues, naturalmente, es el único procedimiento que nos puede orientar. Por eso existe hoy en día la tendencia a que no se practique la desvitalización más que en los casos en que no cabe otro procedimiento, ya que de lo contrario podríamos admitir las frases con que Hunter anatematizaba a los odontólogos, acusándolos de suprimir el dolor, pero no la causa, que puede tener transcendencia para la patología del individuo.

Como ya hemos dicho en diversas ocasiones, el hallazgo de un foco inflamatorio no demuestra la existencia de una infección focal, y menos que tenga intervención en la afección dermatológica. En realidad no hay forma absoluta de saberlo con certeza. El método de excitación del foco con ondas cortas descrito por Gutzeit y Kuechlin, con producción posterior de aumento de la velocidad de sedimentación y leucocitosis, ha sido motivo de diversas apreciaciones, y resulta poco asequible a nuestros medios de trabajo. Quizá lo más seguro sea el recrudecimiento de la dermatosis cuando por cualquier motivo se

reactive el foco (traumatización, las mismas ondas cortas), lo cual es poco frecuente observarlo en relación con los procesos odontológicos, y más fácil de comprobar con las amígdalas si se practica el masaje; en la mayoría de los casos nos tenemos que fiar de los resultados a posteriori, el llamado tratamiento "ex juvantibus", con escasa base científica, pues es difícil asegurar si la mejoría es debida a la supresión del foco en sí, o a la evolución natural del proceso dermatológico. El diagnóstico pero este diagnóstico no es seguro si su extirpación no va acompañada de modificaciones en las lesiones que presenta el enfermo, o del estado general del mismo.

Con toda esta serie de salvedades sobre la influencia del foco séptico dental en las afecciones cutáneas, vamos a exponer algunos casos de nuestra casuística, orientados especialmente en el sentido estomatológico.

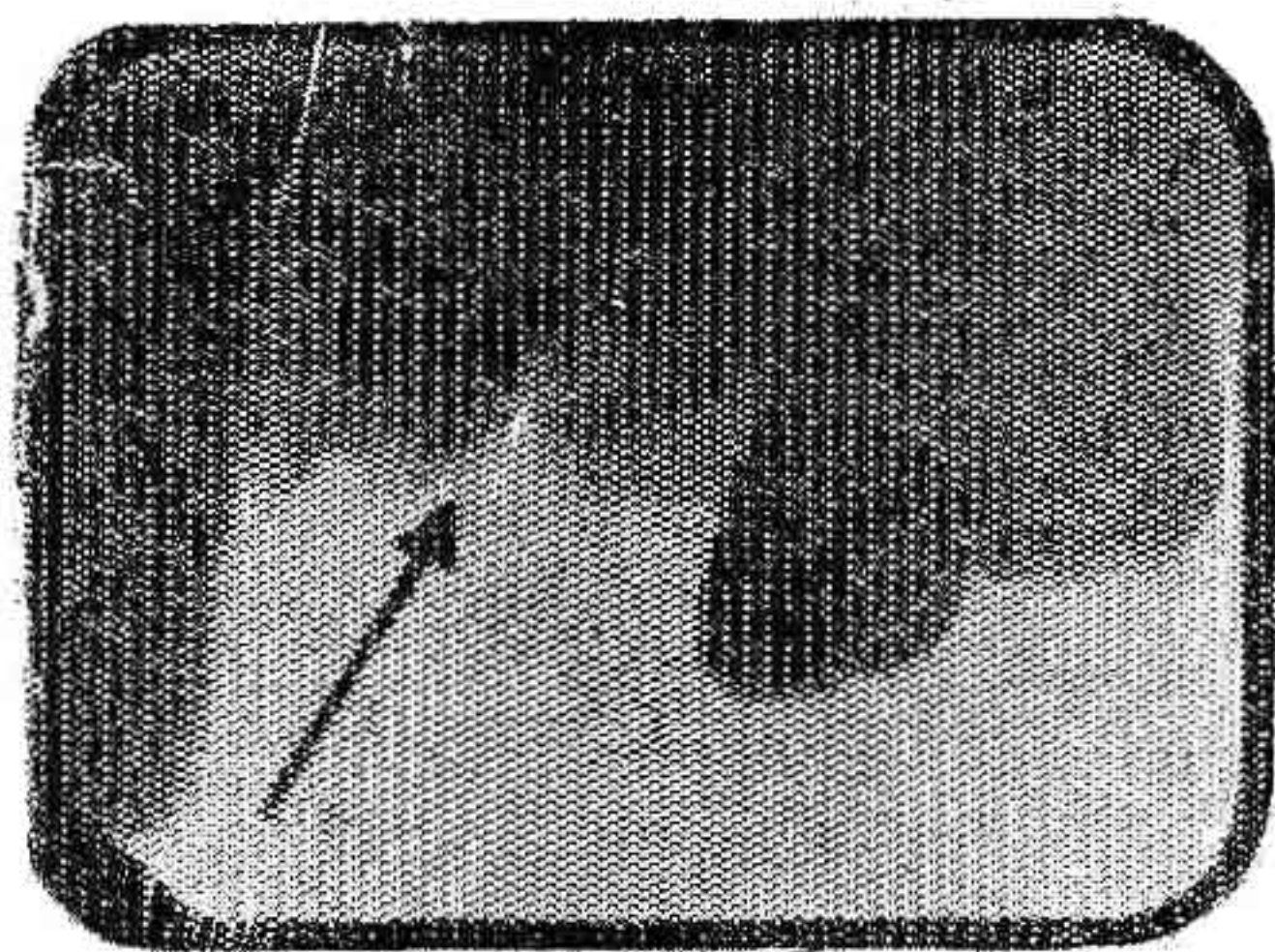
Enferma A. E. G., núm. 1.760 P., con eccema en dorso de manos, presenta varias piezas cariadas y un resto apical por carie de cuarto grado (Ragr. núm. 4) que se extrae, y con ello



Radiografía núm. 4
Resto apical del 6, que mantenía un eccema de dorso de manos

mejoró de su lesión cutánea; pero a los cuatro meses vuelve la enferma con la lesión cutánea agudizada, y en la ficha hay anotada una relación con alteraciones endocrinas por insuficiencia ovárica. Se le instituye el oportuno tratamiento, careciendo de datos posteriores, pues la enferma desaparece.

A. M. M., compañero nuestro que tiene un brote de eritema nudoso coincidiendo con manifestaciones reumatoideas, encontrándole un secuestro óseo en el maxilar por una antigua extracción, curando con la extirpación (radio 5).



Radiografía núm. 5

*Secuestro a nivel del 6 que
produjo un brote eritema
nudoso*

Estos dos casos, que dan una imagen radiológica similar, se diferencian en que posiblemente en el primero no actuase el resto apical como tal foco, porque había fácil salida de las secreciones a la cavidad bucal, y por ello tal vez no se obtuviese un resultado definitivo con su extracción, mientras que en el segundo, en donde la acción focal estaba muy clara, el resultado fué indudable, siempre con las salvedades que hemos ido señalando, ya que son muchos los eritemas nudosos que se curan sin suprimir ningún foco.

M. D. G. Núm. 1532 P., con eczema en antebrazos y mano de cinco años de duración, actualmente agudizado. Se encuentra un foco amigdalino que se extirpa por amigdalectomía, y se aplica autovacuna desensibilizante, sin que ceda de todo el eczema. Como tiene una dentadura con varios dientes obturados, algunos de ellos desvitalizados, se le practica un examen radiológico, en vista de la rebeldía al tratamiento, ya que las pruebas alérgicas siguen demostrando una clara sensibilización bacteriana. Se encuentra un granuloma apical, que exige la extracción del diente, con lo que cura totalmente su eczema. Es enferma que hemos controlado reiteradamente desde hace más de dos años, y no dudamos en creer que ha curado por supresión de fo-

cos, pero ya hemos dicho que éstos eran posiblemente dos: el amigdalino y el dentario (radio núm. 6).



Radiografía núm. 6
*Granuloma apical en
diente desvitalizado 1*

Este caso viene a comprobar la posibilidad de que la cronicidad de la infección focal de lugar a que los gérmenes se acantonen en otro lugar del organismo distinto del foco primitivo, formando un foco secundario; o que exista primitivamente más de un foco, pudiendo ser múltiples, y no mejorando las lesiones producidas por ellos hasta que no han sido todos ellos extirpados. Para Otto Meyer es frecuente la flebitis de las venas angulares como foco secundario, en casos de infección focal dentaria.

E. A. L. Núm. 1664 P. Presenta alopecia areata en región fronto parietal izquierda rebelde a los tratamientos corrientes y coincidiendo con febrícula. Como lleva prótesis fija bien hecha y no aqueja ningún dolorimiento y las pruebas bacterianas son positivas, se practica radiografía, y se ve gutapercha que ha pasado del ápice y que quizá actúe como cuerpo extraño por mecanismo irritativo o mejor de foco séptico. La extracción mejora al paciente de su estado general y de la pelada, que llega a curar totalmente, pero hay que decir que se añade (sin hacer metabolismo basal previo) tiuracilo como tratamiento, por la

relación que con frecuencia se encuentra entre hiperfuncionalismo tiroideo y la pelada (radio núm. 7).



Radiografía núm. 7
*Punta de gubaparcha
que rebasa el ápice
del 1*

J.-F. O. B. Núm. 1948 P. Con eczema en cara externa de piernas, que da fuerte positividad en las pruebas intradérmicas al estreptococo y estafilococo. Tiene fuerte dolorimiento en una pieza dentaria a la masticación, y con el frío y calor ligera molestia en ocasiones, pero no se encuentra caries ninguna clínicamente, ni paradentosis. Se hace una radiografía y se halla un granuloma apical que obliga a la extracción de la pieza, y se obtiene una sensible mejoría de su lesión cutánea, curando posteriormente con la ayuda de unas sesiones de rayos ultravioleta; no tenemos noticias de recidiva. La lesión dental tal vez se haya debido a un golpe que lesionó el paquete vásculo nervioso a su salida por el ápice dentario (radio núm. 8).

También la paradentosis puede influir en estos procesos dermatológicos, como en el caso M. C. G. núm. 1494 P. Acudió a la consulta con un proceso eczematizado agudo de la cara, padeciendo una paradentosis muy acentuada, que incluso daba lugar a la formación de abscesos, que, aunque es difícil admitir que actúen como focos, pueden intervenir, como quiere Darier, por ingestión de gran cantidad de materia podrida, o, en este caso, por siembra microbiana en el tegumento cutáneo. Sea cual fuere

la etiopatogenia, esta enferma curó con la extracción de la pieza señalada en el radio número 9, y con la limpieza de la boca, añadiendo el correspondiente tratamiento tópico dermatológico.



Radiografía núm. 8
Diente sano con granuloma apical



Radiografía núm. 9
Foco paradentístico

Y así podríamos citar infinidad de casos de nuestra casuística estudiados radiográficamente, aunque es indudable que también clínicamente puede llegarse a determinar la existencia de focos, como en un caso de una enferma con eczema de manos en que se le extranjeran ocho piezas dentarias, de las cuales tres tenían su correspondiente granuloma apical, mejorando la lesión cutánea, aunque se añadió además el tratamiento tópico con jabones ácidos, pues coincidían las lesiones con una disminución de la defensa antialcalina de la piel.

DERMATOSIS POR ACCION INDIRECTA A TRAVES DE ACTUACIONES OPERATORIAS
O POR MEDICAMENTOS O SUSTANCIAS QUE SE APLICAN PARA CURAR
LOS PROCESOS PATOLOGICOS DENTARIOS

Aquí no es el proceso patológico en sí el que influye en la enfermedad cutánea, sino las maniobras que el estomatólogo realiza para su curación. El caso más frecuente es el del herpes simple por acción traumática, que permite, al disminuir la capacidad defensiva del tegumento y excitar la biología del virus

herpético, la acción patógena de éste. También son relativamente corrientes las irritaciones cutáneas de vecindad de la boca por el uso de los cáusticos químicos usados en estomatología. Pueden darse sensibilizaciones a los farmacos que se utilizan tanto por vía interna como en aplicaciones tópicas, y que producen reacciones cutáneas eritematosas, eczematosas, urticarianas, etc.; éstos son menos frecuentes y escapan del campo puramente estomatológico, para pasar al de accidentes de las medicaciones en general.

Mucho más curioso resulta la "Leucoplasia bucal por acción de puentes bimetálicos", que actúan al producir una corriente eléctrica que modifica la textura de la mucosa con formación de placas blancas, y que en Dermatología tienen enorme interés, puesto que las lesiones de las mucosas sirven en muchas ocasiones para el diagnóstico de afecciones cutáneas, como ocurre en la sífilis, lupus eritematoso, liquen plano, etc.

En resumen, puede verse por este breve boceto expuesto la íntima relación que hay entre estas dos especialidades, y conforme se vaya ahondando en el estudio veremos que son mayores. La Dermatología ha llegado en estos últimos años a la conclusión de que la piel no es una entidad aislada en el espacio, sino un órgano unido anatómicamente y fisiológicamente al resto del organismo, y por lo tanto también patológicamente; de aquí que en las enfermedades cutáneas haya que buscar las causas posibles de su presentación en las otras partes del cuerpo, lo mismo que interesa saber cuáles son las alteraciones que pueden producir las dermatosis en otros órganos; con esta nueva orientación, se ha conseguido resolver muchas afecciones cutáneas, al aplicarles el tratamiento general que necesitan, huyendo a veces de las pomadas, aliviando y curando así a múltiples enfermos. En parangón con esto, en estomatología también se están viviendo días cruciales; así como hace relativamente pocos años se consideraba cada diente como una individualidad aislada del resto del organismo, hoy se tiene el criterio de que forma parte de la superior unidad que es el hombre, y que tiene una relación directa con el resto del mismo. Y con este pensamiento en la orientación estomatológica, nunca se podrá tildar a esta espe-

cialidad de ser "creadora de mausoleos de oro sobre montañas de microbios", como decía William Hunter, y la colaboración con el resto de los profesionales de la medicina repercutirá en beneficio del enfermo, que es, en resumen, lo que la sociedad espera de esta rama de la ciencia.

B I B L I O G R A F I A

Max, Joseph: *Monas. fur Prakt. "Dermato."*, 486, 1886.

Aubrun: *Pelada experimental*. Buenos Aires, 1933.

Jacquet: *Rapport de la pelade avec les lesions dentaires*. "Ann. Der.", 189, 1900; 180, 1902.

Rousseau-Decelle: *De l'influence des irritations buco-dentaires sur la production et evolution des dermatoses*. II Cong. Stomato. París, 1911.

Bassas Grau: *La afección focal en la predisposición eczematosa*. "Actas Dermo-Sifilio.", 492, 1946-1947.

Driak: *Afecciones generales causadas por los dientes*. "Anales Españoles de Odonto-Estomatología", 1.037, 1949.

Dávila: *La infección bucal en las enfermedades de la piel*. "Bol. Escuela Odontología Quito", 8, 1941.

Thoma: "Estomatología". Salvat Editores, S. A. Barcelona-Buenos Aires, 1946.

Gutzeit y Parade: *La infección focal*. "Acta Médica", 445, 1945.

Ferrando Botet: *La infección focal amigdalina en dermatología*. Salvat Editores, 1948.

Borda: *Dermatología e infección focal*. Buenos Aires, 1939.

Flandin y Sassier: *Affections cutanees et systeme dentaires*. "Presse Medica", 174, 1933.

Dobledo: *Eczemas y focos con motivo de una observación personal*. "Actas Dermo-Sifilio.", 327, 1942-1943.

Gay Prieto y López Martínez: *Eczema crónico en placa de la cara consecutivo a focos sépticos próximos*. "Actas Dermo-Sifilio.", 943, 1945-1946.

Otto Meyer: "The Dental Digest.", 208, 1940.

Charles G. Darlington: "Year Book of Dentistry", 1940.

Gutzeit y Kuechlin: "Munch. Medizi. Wochen.", 25, 1937.