

SECCION A

• INFECCION FOCAL, FOCOS BUCALES Y SU TRATAMIENTO

por el

Dr. Jacobo Schermant

TODOS ustedes conocen por experiencia la situación embarazosa y difícil en que nos encontramos cuando un enfermo, mandado por su médico, nos pide que precisemos si existe en la boca algún foco séptico culpable del trastorno de su estado general: neuritis, reumatismos focales, endocarditis, iritis, eridociclitis o simplemente unas febrículas.

Por los métodos que actualmente tenemos a nuestra disposición tan sólo podemos encontrar los focos sépticos en su mayoría, pero no comprobar si son o no culpables de la enfermedad que llevó el enfermo al médico.

Los focos sépticos de la boca se dividen en: marginales, apicales, focos en el hueso desdentado y, en fin, focos alrededor de muelas incluídas.

Hay que seguir, en consecuencia, cierta rutina en la busca de focos sépticos. El examen que se hace tiene que ser tan completo que no pueda añadir nadie un detalle que se nos ha escapado. El primer paso es dejar al enfermo que nos cuente las molestias y los trastornos inflamatorios de la boca que ha pasado.

Nos contarán de hinchazones que han tenido, de dientes que se alargan y ponen sensibles, de un mal gusto que se produce al pasar la lengua por ciertos sitios.

Sigue la inspección de la boca. Esta inspección nos descubre zonas con hiperemia, indicio de procesos inflamatorios, inflamaciones marginales de la encía, heridas de extracciones sin cicatrizar con granulaciones; fístulas en sitios de extracciones antiguas, fístulas en la región apical de los dientes, en las caras vestibular, labial, palatinal y lingual; abultamientos correspondientes a flemones, quistes, dientes incluídos, etc.

También hay que reparar en la transparencia de los dientes y falta de la misma, en la decoloración, ayudándose con trasiluminación, pensando en pulpas que han muerto por consecuencia de silicatos o traumatismos.

Sigue a la inspección la palpación del proceso alveolar. Muchas veces pasando el dedo con cierta presión se descubren sitios dolorosos del proceso alveolar cuya presencia no se ha sospechado, y en otros casos se ve aparecer una gota de pus en el cuello de una muela o diente de aspecto perfectamente sano rodeado de encía de aspecto normal.

En tercer lugar viene la percusión de los dientes con el mango de un instrumento (siempre el mismo y que no sea hueco). Así se encontrarán dientes sensibles a la percusión y otros sensibles o no que no suenan igual que sus vecinos, despertando nuestras sospechas. En estos que no suenan tan secamente como debían se coloca el índice izquierdo sobre el proceso alveolar, golpeando al mismo tiempo, y se percibe una vibración que se produce y que corresponde a una destrucción del proceso alveolar.

Este examen por percusión hay que completarlo examinando la movilidad de los dientes, cogiéndolos con el índice y pulgar de la mano derecha o, mejor, apoyando la punta de un instrumento de limpieza en la corona del diente.

Por último se explora con un explorador de punta doblada la profundidad del surco gingival, observando especialmente los espacios interdientales y las caras labial, lingual, vestibular y palatinal de los dientes. Los resultados de este examen hay que anotarlos en la ficha del enfermo para que no se olviden. Así se descubren muchas bolsas insospechadas.

Después se examinan los dientes con corriente eléctrica, anotando los que no responden a la misma. Hay que sospechar

que posiblemente en éstos está muerta la pulpa; pero no es un resultado seguro. Esto no obstante, es un método bueno, porque dirige nuestras sospechas. Dientes con mucha dentina secundaria muchas veces no dan reacción y dientes con fístulas la dan, siendo un canal (premolares, molares) muerto e infectado y otro vivo.

Seguirán las radiografías. Si las examinamos húmedas hemos de repetir el examen cuando estén secas, apareciendo muchos detalles nuevos. Las radiografías nos mostrarán dientes desvitalizados con tratamiento, con o sin granuloma: dientes muertos sin tratamiento con granuloma, hypercementosis, quistes, dientes incluídos con infección pericoronar o sin ella, focos ostíuticos con o sin raíces dejadas en regiones desdentadas, pequeños secuestros en eliminación en heridas de extracción que granulan torpemente desde hace meses sin que el enfermo lo note. También nos informarán sobre la extensión y profundidad de procesos piorreicos. Podemos hacer las bolsas más visibles para nosotros y el médico haciendo la radiografía con una punta de gutapercha metida hasta el fondo de las bolsas. También nos mostrarán las radiografías cuerpos extraños en los maxilares, sobre todo metálicos.

Con todos estos datos en la mano, conociendo ya los focos sépticos de la boca examinada, nos encontramos en la imposibilidad de decidir si los síntomas focales del enfermo son debidos a alguno o algunos de los focos descubiertos en su boca.

Para atacar este problema hay que recordar lo que se sabe sobre el mecanismo por el cual se producen los síntomas focales.

Antiguamente se pensaba que la única manera de producirse la infección focal era por entrada de gérmenes en la circulación. Se sabía que existía tal cosa en flemones agudos y en caso de flemón crónico en momentos de agudización. En piorrea, que se consideraba como menos peligrosa (desde el punto de vista de infección focal), se pensaba que el tragar pus y bacterias era lo nocivo. Pero OKEL y ELLIOT (University College Hospital. London 1935) comprobaron la presencia de estreptococos en la sangre que antes era estéril cinco minutos después de la extracción de un diente piorreico. Poco tiempo después la sangre es otra vez estéril.

Lo mismo se comprobó en la extracción de dientes con granuloma. Estas bacterias no provenían del hueso de alrededor del granuloma ni del hueso ni de la encía de alrededor de las bolsas piorreicas, como se comprobó en innumerables cortes histológicos. Provenían del canal lleno de material necrótico y bacterias o del área necrótica de alrededor del ápice o del surco gingival y de las bolsas con su contenido séptico.

KIRKPATRICK y HAILS, 1926, comprobaron que el mismo fenómeno de bacteriemia transitoria se podía producir al masticar alimentos duros en caso de granulomas y piorreas. Estas bacteriemias son pasajeras, porque los leucocitos pronto acaban con las bacterias en la corriente sanguínea. Pero si estas bacterias encuentran un sitio de menor resistencia, de malas defensas: un tejido maltratado, un vaso sanguíneo traumatizado, un tejido de escasa circulación, se pueden asentar allí y cambiar una endocarditis crónica reumática que preexiste en una endocarditis maligna; una contusión de la tibia en una osteomielitis y en la boca se puede producir la muy frecuente alveolitis después de extracción.

E. WILFRED FISH, Londres, publica una serie de casos de endocarditis crónica que se transformaron en endocarditis maligna a consecuencia de una extracción de dientes con granulomas. STEIN, en Viena, observó lo mismo. Estos enfermos crónicos se pusieron gravísimos después de una extracción cuyo objeto era mejorarles.

Lo que necesitan estas bacterias para producir complicaciones es encontrar un ambiente propicio, sin vitalidad o con poca defensa vital.

Mas no solamente las bacterias pueden producir complicaciones. También los venenos producidos por ellas y los productos de descomposición de tejidos producen en los enfermos sensibilizados fenómenos alérgicos, y también por sí solos son tóxicos. Así, GRAHAM comprobó (1937) que el filtrado esterial del contenido de bolsas piorreicas producía, inyectado en conejillos de India, degeneración grasienta del hígado y riñón y algunas veces la muerte.

Tomando esto en cuenta, se aplicó la prueba de la masticación localizada (masticación de un palo de naranjo) con las

muelas sospechosas, probando a reproducir de esta manera febrículas, ataques de neuralgia o acentuación de síntomas que se consideraban focales. Este método no está exento de peligros. En algunos casos da resultados positivos.

Un método parecido emplearon los otorrinos, dando masaje a las amígdalas sospechosas y haciendo después un recuento globular. El método tuvo que ser abandonado por las complicaciones graves que produjo en algunos enfermos. Fué calificado por ciertos autores como brutal y anticientífico.

Se ha probado calentar los focos por diatermina y onda corta, controlando el resultado por recuento globular; pero tampoco es un resultado seguro, porque se ha observado leucocitosis pronunciadas tratando con diatermia enfermos sin foco.

No debemos olvidar que pueden existir focos que no sospechamos en otras partes del cuerpo y que los focos encontrados por nosotros en la boca pueden ser inocentes de los síntomas focales, siéndolo, en contra, las amígdalas, los senos, la próstata, etcétera.

Como ilustración de lo dicho citaré algunas historias clínicas.

En el año 1926 me fué mandada una enferma con reumatismo focal para buscar focos infecciosos en su boca. Se encontraron algunas muelas desvitalizadas hacía años, con granulomas e hipercementosis muy acentuada. Se extrajeron estas muelas. La enferma no mejoró de su reumatismo focal. Más tarde se descubrió un divertículo del esófago en el que se estancaba y descomponía la comida. El tratamiento del mismo dió mejoría.

Otra enferma a quien se aconsejó quitar unas muelas con granuloma por neuralgia occipital cayó con anginas, después de lo cual se decidió a quitarse primero las amígdalas, prescindiendo por el momento de todo tratamiento de la boca. Después de la operación desapareció la neuralgia, que aparentemente era causada por el foco amigdalino, coexistiendo focos dentales no relacionados con su neuralgia.

En consecuencia, hay que explicar al enfermo que tiene focos dentales y que éstos *frecuentemente* son culpables de trastornos parecidos y que es conveniente eliminarlos hasta en personas que gozan de perfecta salud por el peligro que representan.

Muchas veces siendo los focos dentales el origen de neural-

gias, la eliminación de los mismos no da mejoría inmediata, sino más bien acentuación de molestias pasajera (reacción focal) y en algunos continúan las molestias sin cambio por estar ya permanentemente establecido el proceso neurítico.

En la época en que las vacunas estaban muy de moda, se acostumbraba en los Estados Unidos probar después de la extracción si las bacterias que se encontraban en los dientes extraídos eran o no causantes de los trastornos para preparar una vacuna en caso positivo. El método era de LOVE, 1929, y se llamaba "método patogen-selectivo". Lo fundamental de este método es que la bacteria culpable sobrevive en la sangre completa del enfermo, habiéndose acostumbrado a las defensas del enfermo, y se deja cultivar en la misma, y si no es culpable, perece. Si sobrevivía se esperaban resultados positivos de la vacuna con ella preparada. Pero luego publicó BILLINGS una estadística de quinientos casos en los que se empleó el método para casos de artritis focal y no indicaban mejoría y sí empeoramiento franco en algunos casos. Creo que el método se usa hoy muy poco. Para todo lo que sirve es para demostrar, a posteriori, quizá si el diente eliminado y su flora bacteriana son los causantes o no de los síntomas focales.

No obstante esta inseguridad, en algunos casos los resultados obtenidos por eliminación de focos dentales son muy halagüeños.

Aquí tienen ustedes la historia de un enfermo con alopecia areata a quien se quitaron, en su pueblo y sin resultado, algunas muelas. Un examen radiográfico mostró como sospechosa una zona de alveolo desdentado desde hacía años. No había ni molestias ni hinchazón; sí hyperemia venosa de la mucosa. El dibujo del hueso era borroso; no se veían bien las trabéculas, y en el centro de esta zona había dos pequeñas manchas de las que era imposible decir si eran debidas a mayor densidad del hueso o unas puntas de raíz dejadas durante la operación. Una vez descubierto el proceso alveolar se comprobó que se podía quitar con cucharita el hueso, que tenía consistencia de azucarillo, y se encontraron dos puntas de raíces, y quitadas éstas, raspado el hueso, curando la herida por granulación, el enfermo curó de su alopecia rebelde.

A una enferma con supuración de una bolsa, detrás de sus muelas de juicio inferiores, que se quejaba de molestias gástricas (decía que tenía sensación de sequedad y pinchazos en el estómago), que no cedían a la medicación, le quitó, nuestro amigo Enrique Lluria, q. e. p. d., las muelas de juicio, y las molestias desaparecieron totalmente hasta la fecha, que son diecinueve años.

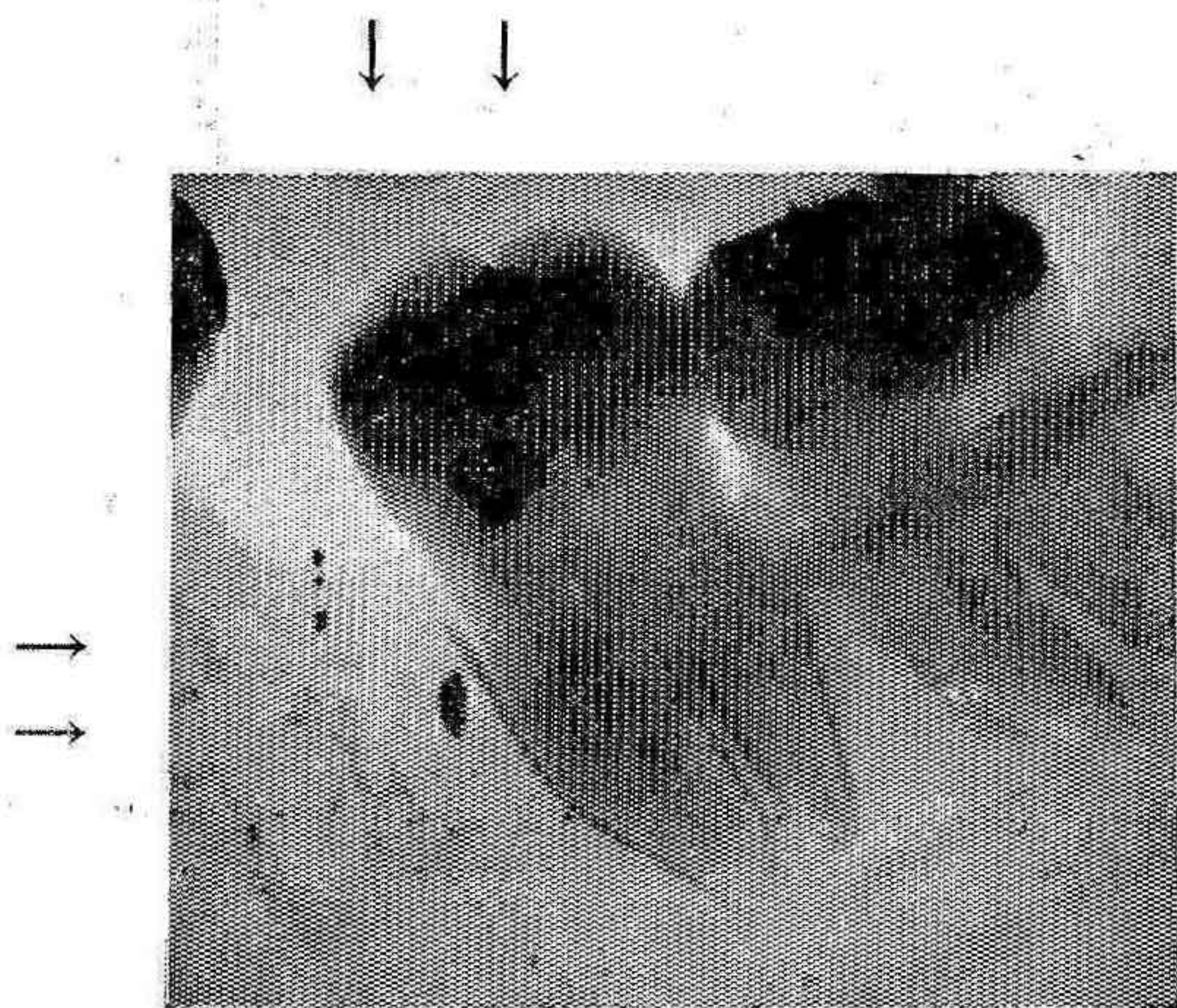


Fig. 1.—Restos de amalgama, que no están en el fondo de ninguna bolsa piórrica dentro del maxilar inferior, eran los causantes de neuralgias de la tercera rama.

(La confluencia de las flechas marca la situación de los restos de amalgama.)

A otra enferma, se le encontró una herida de extracción de un molar superior, hecha hacía tres meses, que no le daba molestia; pero no había cerrado, viéndose granulaciones de color violáceo. Hacia dos meses y medio que esta enferma padecía una neuralgia occipital que no relacionaba ella con la extracción. La radiografía mostró pequeños secuestros en eliminación. Un raspado dió fin inmediato a la neuralgia, pero dos meses después reapareció la misma.

En otro caso, trozos de amalgama insignificantes (Radiografía), cicatrizados, dentro del maxilar inferior fueron causantes de neuralgias de la tercera rama. El caso se curó eliminando el

cuerpo extraño. La neuralgia se había manifestado veinticinco años después de la extracción, durante la cual la muela, con un empaste grande de amalgama se rompió cayendo una partícula de amalgama en el alvéolo.

En otro caso se trataba más bien de una causalgia que persistía desde hacía quince años, habiendo cambiado y entristecido el carácter del enfermo. Con ocasión de una limpieza, me contó sus molestias, el enfermo perfectamente resignado y convencido de que era inútil probar a eliminar la neuralgia después de todos los tratamientos que había seguido. Ya hace tres años que está libre de su causalgia con sólo quitar una punta de raíz dejada en una extracción incompleta.

En una enferma con neuralgias en la nuca, que se presentaba cada día a las tres y duraba hasta las cinco, la extracción del único incisivo inferior que le quedaba, produjo el día de la extracción una verdadera tormenta de dolor a la hora acostumbrada, seguida de la desaparición completa y permanente de dolores. Esta reacción focal de recrudecimiento de molestias es muy frecuente y casi estoy por decir que me da buenas esperanzas de curación.

Si un enfermo tiene unos granulomas grandes y otras muelas desvitalizadas con cambios de apicales tan tenues que dudamos si hay infección en ellas, no hay que concentrar la atención tan sólo en los primeros.

Muchas veces he encontrado un granuloma adherido a una raíz, al extraer una muela desvitalizada, que parecía en la radiografía, libre de infección. El tamaño del granuloma no decide sobre la nocividad de una muela. Es más bien la flora del mismo y el terreno los que deciden.

La radiografía, muchas veces, nos da una información inexacta, por esconderse el foco detrás de la raíz.

Respecto a la terapia, no hay que creer que la extracción es el único remedio seguro para combatir focos sépticos de la boca. Primero tenemos a nuestra disposición métodos conservadores. En muchos dientes y muelas podemos probar a conservarlas librando los canales de su contenido séptico por medio de hipocloritos y limas. Donde hay fístulas, podemos hacer lavados a través del canal y la fístula. Cuando se trata de granulomas

sin fístulas no se pueden hacer lavados; pero una vez librado el canal de su contenido séptico (si su forma lo admite), podemos emplear la succión aspirando así el contenido de la zona necrótica del granuloma o lavados acompañados de succión, según GOTTLIEB con una cánula de doble conducto.



Fig. 2.—Después de la operación.

Quizá en estas situaciones la penicilina (o un preparado parecido que empeore las condiciones vitales de las bacterias allí estancadas), usándola localmente en mechas, nos facilitará el trabajo cuando dispongamos de ella.

Estos métodos se pueden usar tan sólo allí donde los síntomas focales no son muy alarmantes.

Hay que advertir, que todas las zonas decalcificadas del hueso que figuran como manchas negras en la radiografía (los granulomas), aumentan su tamaño inmediatamente después del tratamiento (GEORG STEIN, 1929), pero al cabo de un año, vuelve a formarse el hueso, en caso de éxito, y desaparece el granuloma.

En muchas muelas y dientes, la resección del ápice con enucleación del granuloma da un resultado excelente.

Los focos marginales y bolsas piorreicas en sus diferentes localizaciones, si los dientes son fuertes, se dejan sanear fácilmente por medio de gingivectomías hechas a fondo y enseñando al enfermo cómo ha de cuidar sus encías para evitar recaídas.

En personas demasiado perezosas, que no tienen paciencia para cepillar y frotar todos estos recovecos, no queda otro remedio que la extracción.

Pero la extracción sencilla, como la practicamos cada día, deja muchas veces al enfermo sin diente y con el granuloma y su peligroso contenido dentro del hueso y no elimina el foco. En la mayoría de los casos este granuloma abierto hacia la herida, desagua, y después de cierto tiempo se cura y cicatriza. Pero en otros casos puede seguir la supuración como en unos casos de mi experiencia, durante un año y más. En otros casos puede cicatrizar la herida y el granuloma persistir en el hueso que es exactamente lo contrario de lo que deseábamos. No hablemos de puntas de raíces que se quedan. Esto significa que no se ha hecho nada útil.

No deben faltar cucharitas para enucleación de los granulomas, en el instrumental preparado para una extracción por infección focal, no obstante salir el granuloma pegado a la punta de la raíz en la mitad de las extracciones corrientes.

Para emprender todas estas operaciones, hay que tomar una larga serie de precauciones con el fin de evitar que el enfermo salga de nuestra manos peor de lo que estaba antes de nuestra intervención.

Les recuerdo otra vez las bacteriemias pasajeras que son la regla después de extracciones sépticas como lo comprobaron OKEL y ELLIOT. Les recuerdo los casos descritos por STEIN y FISH de endocarditis crónicas que se cambiaron en endocarditis malignas a consecuencia de extracciones, el diagnóstico de endocarditis maligna (lenta), es un veredicto de muerte.

En el caso de dientes piorréicos, comprobó FISH que cauterizando el surco gingival y las bolsas con el galvanocauterio al rojo, no se producen bacteriemias. En consecuencia—sobre todo en enfermos cardíacos—usaremos este procedimiento de extracciones de dientes piorréicos.

En caso de granuloma emplearemos la técnica de GARDNER de la clínica de los hermanos MAYO, en Rochester, levantando un colgajo mucoperiostial, quitando el proceso alveolar, así que la muela se puede quitar sin forcejeo, muchas veces con los dedos, evitando así el magullamiento del granuloma. Si el

granuloma no sale, se le puede enuclear a plena vista, en lugar de buscarlo en el fondo de la extracción. Esta resección del proceso alveolar se hace del lado vestibular. Para proteger al enfermo contra los efectos de la siembra bacteriana, que siempre acompaña las extracciones sépticas, se empleaba antes una preparación previa con vacunas "stock", para aumentar sus defensas. Ahora tenemos a nuestra disposición las sulfamidas, sulfolpiridinas y sulfotiazoles. Basta empezar unas horas antes de la extracción con dosis corrientes, para obtener el nivel deseable de sulfamidas en la sangre (siguiendo las indicaciones del prospecto de cada preparado). Mantendremos este nivel de sulfamidas en la sangre veinticuatro horas después de la operación, y así las bacterias sembradas por nuestra intervención encontrarán probablemente un ambiente adverso en la sangre y serán fagocitadas antes de llegar allí donde podrían causar perjuicio. Es sobremanera importante tratar de este modo al enfermo cuando padezca endocarditis.

Personalmente prefiero que la investigación, sobre todo de amígdalas, preceda a la investigación de la boca, por ser ellas las culpables en proporción de 2 a 1. Todos los oftalmólogos culpan más los focos dentales. Ya investigadas las amígdalas, me ocupo de la boca, primero de las encías, después de los focos francos indiscutibles y, finalmente, de las restantes mue-las, que han perdido su vitalidad, pero no dan una radiografía francamente positiva.

Observando la conducta indicada, evitaremos despertar falsas esperanzas de curación en el enfermo y justificaremos nuestra actuación; evitaremos los perjuicios que podrían derivarse de nuestra intervención, y algunas veces, como sorpresa grata, veremos desaparecer las molestias por las que nos fué mandado el enfermo por su médico.

El quedarse parcialmente desdentado es hoy día menos tragedia que hace medio siglo. Con las prótesis y comidas adecuadas llegan los enfermos a defenderse bien. Los problemas estéticos se han simplificado, y la solución del problema masticatorio se ha hecho más fácil.

Tenemos que explicar al enfermo que los focos sépticos de

su boca tienen que ser eliminados, sean o no la causa de sus molestias generales, ya que es probable que a la larga le perjudiquen seriamente.

Hemos de hacer un esfuerzo serio y consciente para evitar que nuestra actuación, en lugar de mejorar la situación, la perjudique, sin hacer caso a la posibilidad de que se nos califique de exagerados.

Si a pesar de todas estas precauciones se producen complicaciones, entonces y sólo entonces podemos hablar de mala suerte. "*Ultra posse nemo tenetur*".

Y si nos encontramos con que el enfermo no se deja fácilmente convencer de la necesidad de extracción de dientes, sobre todo si no le duelen, no son sensibles a la percusión y le sirven bien para la masticación, entonces no nos queda, muchas veces, más remedio que informar al médico de cabecera del resultado de nuestras investigaciones y mandarle las radiografías marcando los dientes infectados.

Quizás el médico, contando al enfermo algunos casos de su experiencia, más amplia que la nuestra, convencerá al enfermo de que no obstante faltar el síntoma del dolor, estos focos sépticos representan un peligro; además, es en sus manos donde se reunirán la opinión del otorrino, urólogo, ginecólogo y la nuestra. El médico de cabecera será el que decida en qué orden deben ser eliminados los diferentes focos descubiertos por los especialistas, guiado en esto por su experiencia, las estadísticas y muchas veces por una intuición acertada, que quizá no sabrá motivar exactamente, y que justamente es lo que hace de la Medicina un arte.