

* INFECCION FOCAL ODONTOGENA

por el

Dr. Faustino Pulido Fernández

HEMOS elegido este tema por la diversidad de opiniones, aun en los momentos actuales, que hacen que las relaciones entre Médicos internistas y Odontólogos no den los resultados eficientes, achacables a la falta de dominio en los métodos de exploración, por una parte, y a la mala o insuficiente interpretación de los mismos que ocasiona a veces la pérdida de la dentadura, bien por considerarse ésta el punto inicial del foco a distancia, o la secuela de un foco iniciado en regiones incluso muy apartadas de la región maxilo-facial, en las que por no encontrarse el diagnóstico, pronóstico y tratamiento adecuado, enjuiciamos erróneamente y damos lugar a desecher los métodos conservadores, optando por los radicales. En relación con esto, vamos a citar un caso en el que fuimos parte interesada en cooperación con internistas de la Facultad de Medicina de Madrid:

Srta. L. A. G., de veintidós años, sin caracteres familiares ni individuales dignos de mención, hace aproximadamente tres años empezó con anginas recidivantes a todo tratamiento conservador, con escalofríos, cefalalgias y pérdida de apetito, por lo que le fué practicada una amigdalectomía en el servicio correspondiente con resultados francamente satisfactorios durante un plazo de siete meses; al volver los trastornos, tanto locales, como generales, inclusive con décimas a la caída de la tarde, se hizo análisis de sangre (reacciones de Wassermann, con sueros activados e inactivados, reacción de Meinicke M. K. R. II, modificación reacción de Khan y de Sachs-Witelsky o del citocol) con resultado negativo; se practicó la cutirreacción, también negativa, y en este estado de cosas, pasan a la enferma al servicio de Estomatología, con diagnóstico a "grosso modo" de poliartritis crónica (piorrea). Al estudiar la ficha que

acompañaba a la enferma empezamos a dudar de la certeza del diagnóstico al ver la edad (de 20 a 25 años sólo son atacados de poliartritis crónica alrededor del 5 por 100), pasamos al examen extra e intraoral, no se aprecian deformaciones exteriormente, ni cambios de coloración, en las arcadas anteriormente, dientes sanos con papilas interdentarias ligeramente hipertrofiadas, algunos depósitos de tártaro en los cuellos, en los molares, dos amalgamas y una incrustación; así como una caries de 2.º grado sin tratar; encías sangrantes a la menor presión; la frecuencia de caries unido al dato de la edad nos confirma la no existencia de poliartritis crónica (está comprobada la ausencia de caries en los poliartríticos, que no son además diabéticos). Instituyendo el diagnóstico de simple gingivitis marginal hipertrofica, la cual curó en ocho días con el tratamiento adecuado.

Al no encontrar causa que ocasionase los trastornos que motivaron el examen *in situ*, hicimos uno breve de la región faríngea, encontrándola en su parte alta enrojecida y muy seca, datos todos reunidos, que pasamos otra vez a Medicina general. Al cabo de un mes vuelve por nuestra consulta con la orden de que se la intervenga radicalmente extra-yéndola todas sus piezas (lo que efectuamos en ocho sesiones con anestesia troncular y previo el consentimiento de la enferma, después de la advertencia que le hicimos de que se quedaría sin dientes y seguiría igual de sus trastornos de tipo general). Como anteriormente la habíamos tomado impresiones, el día que hicimos las últimas extracciones le colocamos unos aparatos completos provisionales, sintiendo la satisfacción, en este caso poco caritativa de que cuando volvió a los cinco meses a cambiar la prótesis provisional por la definitiva, la paciente seguía igual.

En resumen, por falta de medios de exploración o por errores de interpretación, se obligó al Otorrinolaringólogo a efectuar una extirpación de amígdalas, y al Odontólogo a una avulsión total de piezas dentarias, sin mejoría. Relacionado con estos casos, siempre debemos tener presente la tesis de OSBORNE: "La decisión de un Odontólogo significa para sus enfermos una larga vida o una pronta sepultura".

Equivocadamente se llamó a las infecciones focales estomatógenas, sepsis bucal, con lo que se conoce el estado caracterizado "por la presencia de un foco infectivo en la boca y debido a la diseminación de bacterias, toxinas o alérgenos por vía linfática o sanguínea, da lugar a enfermedad de órganos distantes o de todo el organismo". La historia del concepto de sepsis bucal se debe a RUSH, KOECKER, MILLER, pero sobre todo a PASSLER, investigador que llamó la atención en 1909

“sobre las relaciones entre los focos infectivos de la boca y la presencia de enfermedades generales”, la doctrina de la infección focal se extendió primeramente por Norteamérica; a posterioridad, WILLIAM HUNTER, célebre internista inglés, en una conferencia celebrada en Montreal, atacó duramente a la odontología conservadora, a la que calificaba de Odontología séptica; sus trabajos fueron continuados por BILLING y por EDWARD C. ROSENOW.

Mientras la mayor parte de investigadores dan gran importancia al papel patogénico de la infección focal estomatógena, otros, como BINGOLD, dan un valor hipotético a la sepsis, a la que se denominaría según el punto de vista, como sepsis bucal, sepsis lenta, sepsis lentísima, micosis estreptocócica fluctuante.

La doctrina de la infección focal magistralmente expuesta por PASSLER, es la siguiente: *“Es característico de todos estos focos, y por ello fueron antes en clínica objeto de muy poca atención, el que sólo producen síntomas locales poco importantes, que pasan la mayor parte de las veces inadvertidos. Las localizaciones preferidas de tales focos crónicos de infección son las amígdalas, los dientes, los senos de la cara, el oído medio y, por último, los anexos de los aparatos genitales masculino y femenino”*. Algunas enfermedades se deben considerar como deuteropatías de la infección focal. GRUMBACH, uno de los más entendidos en los problemas de la infección focal, en el IX Congreso de la “Federation Dentaire Internationale”, celebrado en Viena, se expresó en los términos siguientes: “La infección focal constituye en la actualidad un problema de mayor importancia para la salud pública que todas las demás enfermedades; es un problema que coloca a la clínica ante puntos de vista profilácticos y terapéuticos totalmente nuevos, que enriquecerá a la Anatomía Patológica; a la Patología general, en los puntos de vista de la patogénesis, también le brindará óptimos frutos, todo encuadrado en el marco de una medicina unitaria, orientada en el sentido de las ciencias naturales”.

A partir de 1909, muchos han atribuído, con poco juicio crítico, toda clase de enfermedades: septicemias, trastornos cardíacos, anemias, reumatismo articular, corea, gastritis, co-

litis, nefritis púrpuras, a procesos infecciosos de la dentadura. Esto no quiere decir que seamos detractores de la teoría de la infección focal; solamente queremos hacer constar que se abusa del mencionado foco bucal, que sirve muchas veces de agarra-dero *in extremis*. A continuación, y de una manera escueta, cementamos un caso típico de sepsis bucal, o mejor de infección focal a distancia:

En Campo de Criptana y llamados a consulta por el Dr. ORTIZ, visitamos a una señora de unos cincuenta años, casi imposibilitada por un reumatismo agudo, hace más de ocho años, irreducible a toda medicación, y sin respuesta favorable al plan de vida a nuestro modo de ver acertado. Inspeccionamos todo el macizo alveolar y como primera medida, efectuamos la avulsión de varias raíces, que producen una supuración lórpida; a los pocos días nos llama el compañero, y nuestra sorpresa es grande cuando nos dice "que la enferma casi paralítica de ambas extremidades inferiores, a las cuarenta y ocho horas de intervenida pudo levantarse y dar unos pasos ante el asombro de los presentes.

Visto el resultado, hago segundo viaje y segunda intervención total de las raíces y restos que quedaban, con lo que la paciente fué mejorando y a los pocos meses andaba tan de prisa como persona normal.

La clásica escuela bacteriológica sólo cree en la enfermedad séptica cuando en ella hay una bacteremia verdadera y no una entrada ocasional de gérmenes patógenos escasos. SCHOTT MULLER define la sepsis como aquel estado en que en el interior del organismo se ha formado un foco desde el cual, de una manera más o menos lenta, pero constante y periódica, pasan las bacterias patógenas del mismo al torrente circulatorio, de modo que por esta invasión se provocan manifestaciones morbosas subjetivas y objetivas. Este autor ha reconocido que la sepsis se compone de dos procesos infecciosos íntimamente relacionados, uno local y otro general. Por lo tanto, la diferencia entre sepsis e infección focal es demostrable por hemocultivo; en la sepsis el síntoma dominante es la bacteriemia existente en tanto los gérmenes pasan al sistema sanguíneo, bien producida por un foco primario o por metástasis, foco secundario; en la infección focal, el paso de las bacterias al torrente sanguíneo y linfático es tan pequeño y su diseminación tan escasa, tan transitoria, que no existe bacteriemia. El resultado de esta

diseminación depende cuantitativa y cualitativamente del número de bacterias y de la virulencia de éstas; en contraposición, según la resistencia del organismo o enquistamiento de los gérmenes, existirá una toxemia mayor o menor, o sea que la infección focal propiamente dicha puede ir desde infecciones localizadas en órganos, sin provocar lesiones demostrables, hasta la verdadera sepsis, con infecciones generalizadas piógenas.

En la patogénesis de la infección focal, podemos considerar que desde un foco primario (zona peri-apical en la caries de cuarto grado, bolsas supurantes de los poliartríticos, granulomas de piezas tratadas conservadoramente, etc.), foco primario o foco infeccioso, según BILLINGS, se produce la diseminación de las bacterias, toxinas o alérgenos por las vías linfática y sanguínea. Las bacterias introducidas en las vías sanguíneas pueden dar lugar a metástasis (focos secundarios, etcétera), que puede hacer pasar desapercibido el foco principal y primario. Mientras SCHOTT MULLER y BINGOLD, como indicamos anteriormente, no consideran la infección focal como enfermedad séptica, aun sin haber podido comprobar la existencia en sangre de un 90 por 100 de enfermos de poliartritis, abundantes estreptococos no hemolíticos, esta comprobación fué efectuada, mediante caldo de peptona al 10 por 100, por FREUND y SURANYI-FORRO. También investigadores como OSTEN-SACKEN y G. STEIN han indicado las dificultades de hacer una valoración exacta, por las dificultades de obtener sustancia del foco sin mezcla de sangre, lo que puede dar lugar a juicios erróneos. Debemos recordar las ideas de A. ASCOLI, según el cual los focos inflamatorios tendrían una significación anacóretica. Observaciones y hemocultivos realizados antes y después, de apicectomías, extracciones, etc., demostraron la total esterilidad, antes de la intervención, por el contrario, después se encontraron diversidad de gérmenes.

El problema de la infección focal está íntimamente relacionado, según ROSENOW, con dos cuestiones: una la de la transmutabilidad y otra la de la localización electiva de los estreptococos. Este autor, ha intentado reproducir en animales los fenómenos morbosos observados en el hombre con infección

focal; inyectó a los animales por varias vías, inclusive intracerebralmente, cultivos de estreptococos obtenidos de diversos focos (amígdalas, dientes, etc.), llegando a resultados interesantísimos, pero todavía discutidos, encontrándose entre éstos, GRUMBACH, el cual dice que las estirpes aisladas por ROSENOW, no quiere decir que sean idénticas a las causantes del cuadro morboso en el hombre.

Está demostrado que alrededor de un 80 por ciento de los adultos, presentan dientes cuyas raíces intervenidas con fines conservadores, presentan focos infecciosos periapicales en un elevado tanto por ciento (del 60 al 70), demostrables por roentgenología; prácticamente todos los dientes exentos de pulpa de todos los enfermos atacados de infección focal, están infectados por estreptococos. En estos últimos tiempos LANDGRAF y BANHEGYI, examinando la flora bacteriana de conductos radiculares infectados y en las lesiones agudas o crónicas, osteíticas o periapicales, considerados como focos primarios de las deuteropatías de la infección focal, han hallado que en los citados focos se encuentran casi exclusivamente los dos gérmenes piógenos, estrepto y estafilococo, a pesar de que en los conductos radiculares infectados, se halló el variado cuadro de la infección mixta con los gérmenes ordinarios de la cavidad bucal. Una de las enfermedades más importantes, en el sentido de la doctrina de la infección focal, según STEGFRIED GRAFF, son las formas clínicas de las poliartritis reumáticas no específicas, denominadas indistintamente, reumatismo por cocos, reumatismo articular infeccioso crónico o agudo, reumatoidismo, seudoreumatismo de los clínicos. La mayor parte de los cocos de esta enfermedad es debida a los estreptococos pero sin considerarlos como agentes causales exclusivos, pues también pueden provocar este cuadro, los diplococos, los colibacilos y los bacilos tuberculosos, pudiendo producirla también ciertos estados infecciosos, la escarlatina, la sífilis, la disentería, etc.

Varios autores entre ellos ROSLE, KLINGE, GELARCH y otros, atribuyen el reumatismo a la alergia o sea consideran más importante en relación con las alteraciones patológicas, la manera de reaccionar el macroorganismo, que no el propio germen causal. El foco infeccioso primario, o sea la infección fo-

cal, debe de tener el carácter de un antígeno. En enfermos de reumatismo se ha podido demostrar, en más de la mitad de estos pacientes, la presencia de una infección focal con el foco primario radicando en los dientes, en la tercera parte restante, el foco radicaba en las amígdalas y en la décima parte de casos radicaba tanto en los dientes, como en las amígdalas. Al eliminar estos focos primarios se obtuvo la curación, en un 70 por ciento de los casos en que el foco radicaba en los dientes, en el 66 por ciento de los casos en que radicaba en las amígdalas, y en un 64 por ciento de los casos en que el foco se encontraba en ambos.

Repasando las hipótesis fundamentales de la alergia en 1906, CLEMENS VON PIRQUET, se expresó en estos términos: "el vacunado se comporta frente a la linfa, el luético frente al virus sifilítico, el tuberculoso ante la tuberculina y el inyectado con un suero ante este suero, como un individuo que todavía no ha sufrido contacto alguno con el agente respectivo; por estar vacunado, por ser avariósico, tuberculoso, etc., el citado individuo está todavía muy lejos de ser insensible a la linfa vacunal, al virus sifilítico, etc. Todo lo que podemos decir de él a este respecto, es que su capacidad de reacción ha variado; este concepto de la capacidad de reacción alterada es lo que podemos denominar como alergia. *Alos*, significa cambio del estado primitivo del comportamiento normal. Este concepto de alergia, están sin duda en desacuerdo con algunos hechos; excluye las acciones antitoxinatoxina, así como los fenómenos de idiosincrasia. ROSSLE da el nombre de patergias alérgicas, entendiendo por patergia "la totalidad de manifestaciones morbosas provocadas por las diferentes maneras de reaccionar el organismo, previamente preparado frente a las antígenos. KLINGE define el reumatismo como "una lesión tisular, que se caracteriza porque la produce una toxina bacteriana o albuminoidea, que por el rodeo de una hipersensibilidad tisular, produce un mecanismo hiperérgico en un organismo alérgico". Según este tutor, en las típicas manifestaciones de los tejidos diferencia tres fases. La primera es la infiltración precoz reumática (degeneración fibriconoide de NEUMANN) caracterizada por el edema del tejido conjuntivo. La segunda consiste en

una proliferación celular y la formación de un granuloma, es el nodulillo de ASCHOFF, que se desarrolla de preferencia en los tendones y en el conjuntivo fibroso, por producir una infiltración precoz reumática es susceptible en retrogradar o curar en una tercera fase dejando una cicatriz fibrosa. El cuadro del reumatismo sumamente variado, va acompañado de los signos morbosos comunes a toda infección general: fiebre sólo patente en el período agudo, pues en el crónico puede faltar; mayor velocidad de sedimentación de hematíes, con alteraciones de la fórmula hemática (anemia hipocroma, eosinofilia).

En la valoración de focos dentarios, como focos patógenos de la infección focal odontógena, existen divergencias de criterio muy amplias. Para ROSENOW y sus partidarios, estos focos tienen una importancia inmensa. Para otros, como SCHOT-MULLER, BINGOLD, GRAFF, aquellos focos tienen una importancia secundaria.

GRUMBACH coloca los focos primarios de las amígdalas y dientes, a la cabeza en orden de frecuencia. BILLINGS en 577 casos observados de artritis infecciosas, ha sacado las siguientes localizaciones:

En amígdalas	300 casos
En dientes y parodonto	172 "
En aparato urogenital y próstata	24 "
En el útero y anexos	12 "
En los bronquios	5 "
En la vesícula biliar, apéndice y oído medio	5 "

GRUMBACH, ordena su tabla de localizaciones de las infecciones focales del siguiente modo:

- 1.º Amígdalas.
- 2.º Dentadura (Dientes muertos, granulomas, quistes, abscesos alveolares crónicos paradentosis).
- 3.º Rinfaringe.
- 4.º Bronquiectasias.
- 5.º Endometritis.
- 6.º Anexos masculinos y femeninos.
- 7.º Coleliscistitis.
- 8.º Colitis.

- 9.° Flebitis profundas
10. Oído medio.
11. Senos de la cara.
12. Apendicitis.
13. Infecciones cutáneas piógenas crónicas.
14. Osteomielitis crónica.
15. Divertículos vesicales.

En relación con la oftalmología, son dignas de tener en cuenta las severas instrucciones de PILLAT, el cual para reconocer un foco primario odontógeno como causa de una oftalmopatía (edema conjuntival, iridociclitis, neuritis del 2.° par, neuritis retrobulbar) que el diente afecto y el ojo enfermo estén en el mismo lado del cuerpo, perteneciendo además el diente al maxilar superior. La presencia de una septicemia por leve que sea (elevación de temperatura, escalofríos), prueba la existencia de una relación indirecta del diente con la oftalmopatía. Generalmente son focos osteíticos periapicales o paradentarios; lo característico de estos focos es que nunca curan espontáneamente, otras veces tienen su localización en un espacio muerto, el canal central del diente o conducto radicular infectado.

Para eliminar estos focos podemos seguir diferentes procedimientos:

- 1.° Eliminación radical del foco por extracción del diente.
- 2.° Tratamiento conservador.

Esta solución no es viable para muchos partidarios del método radical y aun en los momentos actuales da lugar a controversias numerosas. Desde luego no podemos ser exclusivistas, pues el terreno no es siempre el mismo (no puede compararse una extirpación de nervios de un canino o diente monorradicular, con la misma intervención efectuada en una muela de los 12 años), la experiencia y capacidad científica y manual tampoco es la misma en todos los profesionales, como tampoco son iguales los métodos empleados y medios auxiliares. Resumiendo, podemos decir, que no teniendo la seguridad de poder obturar completamente con sustancias apropiadas el canal radicular es lo mejor o dejarlo a un compañero más competente especializado o con más medios auxiliares, o intervención radical, avulsión de la pieza. En algunos casos, en dientes me-

xiales de fuertes raíces, monorradiculares, con poca reabsorción de alvéolo y en los que no haya miedo al fracaso por falta de sujeción posteriormente, aunque la región quede libre de bacterias, podemos hacer la resección del ápice o apicectomía.

Todo tratamiento debe ser oportuno, apropiado al objeto que se persigue y de buen resultado permanente, teniendo muy en cuenta, que nuestra misión no es solamente conservar los dientes, sino que por encima del órgano aislado está el organismo de conjunto. El buen odontólogo según la escuela alemana se reconoce. *“En que sus pacientes presentan la dentadura cuidada con esmero y con muy pocos dientes muertos”*.

En los casos que sospechamos una infección focal estomatógena, es recomendable hacer una anamnesis general minuciosa, un detenido examen hematológico o por lo menos un hemograma, preferible con gota gruesa, reacción de sedimentación y el guttadiaphot, durante bastante tiempo medición de temperatura, también debemos de explorar los ganglios linfáticos de la región, así como la fibrilación muscular, interpretación del electrocardiograma y la busca de hematíes en el sedimento urinario. Al odontólogo le incumbe explorar de un modo minucioso los dientes y tejidos vecinos. Debe palpar la región de los ápices radiculares y prestar atención a la presencia de destrucciones dentarias considerables, dientes de color diferente a los demás, dientes con grandes obturaciones, bolsas gingivales profundas, fístulas, etc. Los dientes sospechosos de falta de vitalidad, deben percutirse en dirección de su eje, por lo que pueden acusar una sensibilidad especial, dando además un sonido que recuerda vagamente al que se percibe al martillear una caldera para desprender el sedimento. En la región apical y como signo de rarefacción osteítica, observaremos el ruido radicular de SMEREKER. Toda pieza sospechosa de muerte debe ser comprobada mediante excitaciones térmicas o eléctricas, pudiendo utilizarse los aparatos de BORSCHKE-WOLF, que dan una corriente de alta frecuencia, en lugar de los que la dan farádica.

En todos los casos en que sospechemos una infección focal, debemos hacer roentgenografías de su dentadura, también debe hacer el odontólogo una exploración minuciosa de los gan-

güios linfáticos de la región en lo referente a su estado y sensibilidad a la presión.

También es labor del odontólogo el descubrir el foco activo, esto puede hacerse mediante el medio de provocación ideado por KLUSSMANN. Este consiste en obligar al paciente a morder fuertemente sobre el diente muerto, registrándose a veces una sensación dolorosa. Otro procedimiento es el de excitación mecánica propuesto por WANNENMACHER, el cual actúa sobre el diente en el periostio, por la vibración de una pieza angular, cuyo extremo activo lleva una lima fina que puede realizar rápidos movimientos de vaivén. El extremo de la lima se reviste de una gruesa capa de gutapercha, y después de poner en marcha el torno se hace actuar la lima durante pocos minutos sobre el diente sospechoso. El gran número de pequeños golpes, determina una sensación dolorosa local, aunque también hay quien ha observado reacción general. Este método está indicado para descubrir los focos en los dientes monorradiculares. Otro método para descubrir focos primarios es el de GUTZEIT, que consiste en irradiar con ondas cortas el diente sospechoso, que si tiene un foco latente, será activado poniéndose de manifiesto su importancia patogénica, acelerándose la velocidad de sedimentación de los hematíes. A este método objetaremos dos cosas: una que da lugar a una agravación del estado morbozo, y otra que de varios dientes muertos puede hacer aparecer sólo uno u otro de éstos como portadores del foco activo.

Como métodos exploratorios suelen bastar los siguientes: recuento de hematíes y de leucocitos, recuento diferencial de éstos, determinación de riqueza en hemoglobina, índice de coloración y velocidad de sedimentación de los hematíes.

A continuación hacemos exposición de un caso:

Se trata de una enferma de veinte años de edad, con poliartritis aguda reumática, los resultados de los análisis antes y después del tratamiento de la boca figuran a continuación:

Antes de la curación de la boca: Sedimentación de los hematíes después de media, una y dos horas, milímetros 55...139...132.

Hematíes	3450000
Leucocitos	7700

Hemoglobina (Sahli)	75
Indice de coloración	1
Recuento diferencial	normal

Después de la curación de la boca: Sedimentación de los hematíes después de media, una y dos horas, milímetros 6...17...38.

Hematíes	3800000
Leucocitos	6550
Hemoglobina	76
Indice de coloración	1
Recuento diferencial	normal

La curación de la boca se vió confirmada por la mejoría de la artritis y por la vuelta a la normalidad de las cifras del análisis.

Respecto a la palpación de los ganglios linfáticos de la región, hay que prestarles una especial atención. Con frecuencia se oye decir, lo que es un craso error: Que faltando la sensación dolorosa a la percusión de un diente y la alteración (palpabilidad, sensibilidad a la presión) de los ganglios linfáticos de la región, no puede pensarse que un diente muerto (foco en potencia) tenga la significación de un foco activo.

La importancia de la fibrilación muscular como síntoma de los focos diseminadores de toxinas, ha sido estudiada por SLAUCK, en el Instituto para la Investigación del Reumatismo de Aquisgran, los reumáticos infecciosos constituyen el 94 por 100 de los casos, subdividiéndose en: *a)* Casos en que la diseminación se efectúa por la vía hemática (reumatismo articular agudo, reumatoidismo agudo de génesis bacteriana, artritis infecciosa subaguda hasta crónica, poliartritis secundaria hasta crónica, poliartritis secundaria crónica y secuelas); estos constituyen sólo el 6 por 100. *b)* Cuadros que presentan un cuadro morbozo toxicofoal (neuromialgias, neuritis, reumatismo articular insidioso o la llamada poliartritis primaria crónica de BECHTEREW y secuelas); éstos integran el 80 por 100. *c)* Finalmente los casos de las formas mixtas, que forman el 8 por 100.

El médico general, al sospechar la presencia de un cuadro morbozo provocado por una infección focal, debe dirigir su exploración hacia las localizaciones más frecuentes de los focos infecciosos, siendo de recomendar se dirija la mencionada ex-

ploración hacia garganta y boca. Se mandará al paciente al especialista de garganta en casos de amígdalas supuradas o de coloración fuera de lo normal. En los casos de dientes de diferente coloración, raíces, grandes obturaciones, caries sin tratar, etcétera, se mandará al enfermo al odontólogo, como asimismo en los casos en que falte alguna pieza dentaria y que por anamnesis no recuerde el enfermo le haya sido extraída.

Terapéutica y profilaxis de la infección focal estomatógena. Emplearemos los medios y métodos bacterioterápicos, combinados con la eliminación total de los focos primarios. La bacterioterapia o vacunoterapia es una modalidad de la inmunoterapia, que consiste en inocular al paciente las sustancias que integran el organismo de los gérmenes causales de la enfermedad, o sea, el enfermo durante su enfermedad se inmuniza específicamente. Generalmente se emplean autovacunas preparadas con cepas de gérmenes causales aisladas de los focos del mismo paciente. La vacuna puede ser preparada por cualquier bacteriólogo, generalmente se aplica por vía subcutánea. Vamos a exponer un ejemplo.

Una enfermera, desde hace unos años padece molestias de carácter neurítico (dolor en el territorio del nervio ciático) mejorando transitoriamente.

Sin angina de ninguna clase, pero un año antes presentó una periostitis en el incisivo lateral superior derecho, teniendo en aquel entonces una agudización del foco secundario, senos frontales y maxilares normales. La exploración odontológica revela que el incisivo lateral y el segundo molar superior derechos son dientes muertos, asimismo como el lateral superior izquierdo. Los ganglios linfáticos regionales, sin alteración. A causa de la actividad de la periostitis del incisivo lateral superior derecho se extrae, en el lateral superior izquierdo se procede a su tratamiento radicular, al extraer el diente considerado como culpable se obtiene una mejoría, después se extrae en condiciones estériles el segundo molar izquierdo, mandando al laboratorio los ápices radiculares para su examen bacteriológico y para la preparación de la autovacuna. Su examen bacteriológico demuestra la presencia de estreptococos largos piógenos hemolíticos, bacilos mesentéricos y enterococos.

Se inicia el tratamiento bacterioterápico inyectando subcutáneamente 0.4 c. c. de la autovacuna más diluída, a los tres días, por haberse presentado una reacción general (insomnio, fuertes dolores en la región lumbar y en las calderas) repetimos la dosis; a los cuatro días ponemos 0.2 c. c., y al no reaccionar local ni generalmente, a los cuatro días po-

nemos 0,4 c. c., inyectando a continuación en diecisiete días, dosis paulatinamente crecientes (0,6, 0,8 y 1,0 c. c.), la concentración de estas autovacunas fué al 1 : 10. En el mes siguiente inyectamos dosis crecientes de vacuna más concentrada (al 1 : 100) en las mismas dosis anteriores; al mes siguiente empleamos en dosis iguales la vacuna más concentrada (al 1 : 1000); después de este tratamiento la enferma sana por completo.

En relación con esto, el escéptico pensará siempre que la presencia de focos inflamatorios en los dientes es cosa extraordinariamente frecuente, y en muchos casos subsistentes durante muchos decenios, sin menoscabo para la salud general del paciente en muchos casos. Si además observa algún caso en que después de la amigdalectomía y de la supresión radical de los focos dentarios, no mejora una endocarditis o un reumatismo, fácilmente se hará eco de la opinión de que es moda el exagerar la importancia de las infecciones focales.

Cuando las metástasis se han constituido ya en focos secundarios en cierto modo independientes, con lesiones propias, es cuando no podemos confiar mucho en la extirpación de los focos primarios.

Sobre el momento de iniciar la terapéutica odontológica o la profilaxis. Tenemos que empezar por educar al paciente en el "más vale prevenir que curar", haciéndole acudir a nuestras clínicas, no cuando el dolor o falta de piezas masticatorias le obligue, sino también por lo menos dos veces al año para realizar una escrupulosa tartrectomía, que unida a una exploración minuciosa nos descubrirá las caries de esmalte o de primer grado, principios de gingivitis, de poliartritis crónicas, etcétera. Esta educación debe iniciarse ya en el niño al brotar las primeras piezas dentarias, llamadas vulgarmente muelas de la primera dentición o de leche (por salir en la época de alimentación láctea, de 6 a 15 meses), pues está demostrado que las infecciones y trastornos de la boca no existen en los desdentados. Debemos tener en cuenta que en las infecciones focales, la intervención odontológica puede, a veces, agravar de modo considerable el estado general del enfermo; por lo tanto, debere-mos reflexionar antes de hacer una intervención a estos enfermos y contar siempre con el consejo de su médico de cabecera.

En los casos de intervención odontológica urgente, STEIN recomienda inyectar primeramente tripaflavina.

Debe proceder el odontólogo con especial cautela en los casos de septicemia, pues en este caso la extracción representa a veces, "la última ratio".

A continuación tratamos brevemente el método de la "exodoncia estéril", indispensable para hacer un examen bacteriológico verdad de los ápices de una pieza dental. Primeramente quitaremos todo el sarro mucoso, blando, por medio del cepillado corriente de boca, así como los depósitos de tártaro, por medio de limpiadores adecuados; a continuación limitaremos el campo con tallas estériles, manteniendo separados por personal aséptico, las mejillas, labios y lengua, a continuación pincelamos con tintura de iodo el diente objeto así como los inmediatos y la encía, debiendo cauterizarse la bolsa gingival por medio del asa de platino y después practicamos la exodoncia. Hay que tener cuidado de no tocar con el diente extraído absolutamente nada. Unos veinte minutos antes de la intervención debemos inyectar 1 miligramo de Eumidrina, que suspende durante algún tiempo la secreción salival. Mediante unas tenazas estériles, cortaremos el diente, de modo que el ápice venga a caer en un tubo de ensayo esterilizado, que contenga caldo de cultivo y sustancia cerebral, remitiéndole este material seguidamente al bacteriólogo.

A pesar de las lagunas que presenta la doctrina de la infección focal dentógena, todos debemos estar convencidos de su existencia, debiendo de tenerse muy en cuenta dicha doctrina en nuestra práctica diaria, ya sea como médicos, ya como odontólogos. Pero desde luego, debemos recordar siempre lo que dice BINGOLD: "Con demasiada frecuencia detrás de los diagnósticos de sepsis oral, infección focal, sepsis lenta y sepsis lentísima, se esconden afecciones que no han sido reconocidas por el médico, como enfermedades de los genitales, apendicitis crónica, tuberculosis, etc. No es aconsejable prestar ayuda a tales equivocaciones mediante una cómoda denominación general". (per Clínica Hispanica, agto. 1946.)