

LA ETIOLOGIA BUCO-DENTARIA EN OTORINO-
LARINGOLOGIA

por el

Dr. PRUDENCIO HERRERO VIOR

*Otorrinolaringólogo de los Serv. Prov. de Sanidad. De la
Caja Nacional y de la Obra Sindical 18 de Julio, de
Ciudad Real*

616.314:616.21

En ocasiones, ante el enfermo que acude a la Clínica resulta de importancia primordial para la elaboración del diagnóstico etiológico de la afección que padece, extender la exploración al ámbito de la boca, buscando en ella la génesis del padecimiento. Clínicamente, las lesiones buco-dentarias, en algunos casos, son tan evidentes, que una simple inspección es suficiente para comprobarlas; mas hay casos en los que la tarea no resulta fácil, son focos localmente silenciosos y pasan desapercibidos, razón por la que se requiere tener presente posibles causas dentarias frente a procesos de etiología imprecisa y buscar el "diente culpable". La exploración orientada con esa idea conduce con frecuencia al hallazgo de lesiones dentarias o paradentarias sobre las que fundamentar el conocimiento exacto del problema que tratamos de resolver. Personalmente, en estrecha relación con la clínica dental, registramos casos reveladores de una relación etiológica entre afecciones buco-dentarias y procesos mórbidos en el dominio Oto-Rino-Laringológico, algunos de los cuales ilustrarán esta nota.

1. En principio nos referimos al enfermo acusando "algias en el oído"; los exámenes resultan negativos; la otoscopia no permite descubrir lesiones en el órgano auditivo y hay que extender la exploración a otras regiones. La nutrida red nerviosa del oído hace posible el que con frecuencia responda a estímulos de órganos en conexión con él, traduciéndose en esas al-

gias de intensidad, frecuencia y duración, según la etiología y predisposición. Es así que lesiones en regiones inervadas por el glosofaríngeo (IX), neumagástrico (X), facial (VII), y sobre todo el trigémino (V), expliquen esas respuestas óticas ante la agresión de filetes nerviosos.

Antigua es la opinión de que las terminaciones sensitivas del V par representan la vía aferente de fenómenos reflejos sobre órganos diversos, en esos dos momentos del sistema dental que recuerdan ROUSSEAU-DECELLE "cuando evolucionan o sufren". Así son comprobados disturbios de la primera infancia debidos a estímulos partidos del maxilar por intensa labor histiogenética durante la erupción dentaria, o estímulos patológicos determinados en los adultos y adolescentes por lesiones dentarias y paradentarias (irritaciones físicas, químicas, erupciones difíciles), factores causantes de provocar fenómenos de naturaleza regional o visceral. Pertenecientes a esos reflejos de naturaleza regional son las repercusiones auriculares, que tienen su origen en los dientes del maxilar inferior, "dientes del oído", tratándose de neuralgias del plexo timpánico (plexo timpánico de Jacobson a cuya formación concurren fibras del g. petroso, del glosofaríngeo y procedentes del trigémino).

Observación.—Recordaremos un enfermo que sufría un dolor intolerable en el oído derecho, lo que hizo temer alguna complicación mastoidea, toda vez que a la presión sobre la punta de la mastoide y antro mastoideo se acentuaban los dolores. Durante más de quince días, el diagnóstico permaneció impreciso, cuando aparecieron dolores vivos en el segundo premolar superior derecho. La curación del diente suprimió por completo los dolores en el oído.

Observación.—En otro enfermo aquejando fuerte otalgia en el oído derecho, el examen otoscópico no reveló alteraciones patológicas, por lo que le hablan de neuralgia de trigémino, proponiéndole alcoholizaciones del ganglio de Gasser. La exploración por nuestra parte nos mueve a su envío al odontólogo, quien nos informa que por los resultados de su exploración sospecha alteraciones en el segundo molar inferior derecho, el cual, extraído, puso fin a la otalgia. La exploración del molar permitió descubrir una cámara pulpar rellena de masas semitransparentes (fosfatos y carbonatos de cal); la pulpa radicular, intensamente enrojecida y azulada, datos para emitir un diagnóstico de pulpitis concremencial.

No siempre los resultados se muestran tan inmediatos como apuntamos, pues, como señala Garnault, después de la extracción de las raíces dentarias pueden formarse callos en el fondo del alveólo que, englobando las fibras nerviosas, mantendrían la otalgia.

2. La misma etiología dentaria ha sido invocada frente a algunos casos de corizas unilaterales por lesiones en dientes inferiores y recordaremos que también MACKENZIE escribe haber observado casos de neurolaberintitis, coincidiendo con lesiones dentarias (Rev. Of. Klin. Stomt. 1925, n. 4). Por su parte CAUSSE, en el Congreso de O. R. L., de 1934, describe un caso de vértigo curado tras de la avulsión dentaria.

Observación.—Un caso bien significativo fué recogido en la siguiente historia clínica. Enfermo de treinta y nueve años, que venía desde hacía tiempo padeciendo un estado de vértigos y ruidos de oído izquierdo, a la vez que dolores por todo el cuerpo. Los diagnósticos fueron sucediéndose, y los tratamientos, inoperantes. Una radiografía realizada con fines de exploración de senos faciales permite descubrir una muela del juicio incluida en el maxilar inferior. La extracción, laboriosa, logró la mejoría sintomatológica ótica, que probablemente reconocía un origen dentario, al provocarse compresiones, seguida de un mecanismo reflejo.

3. Inculpando al nervio trigémino se basan los estudios de DUVAL, GELLE, HAGER, y otros, al suponerle en su excitación repercutiendo sobre el tímpano, hueso temporal (cápsula laberíntica) hasta provocar alteraciones circulatorias exudativas e inflamatorias determinantes de sorders de tipo progresivo.

4. El origen inflamatorio de la glándula parótida no puede ser aclarado por el examen local ni por el genera; es entonces cuando, llevada la exploración dentaria, se descubre el origen dentario de las parotiditis.

Observación.—Tal ocurrió en un compañero que llevaba más de dos años padeciendo a temporadas de accesos parotídeos del lado izquierdo, sin que se encontrase nada local que los explicase, por lo que fueron expuestas diversas causas. Examinada la boca del paciente, tampoco se encontró causa alguna: no había dolor ni se apreciaba nada descuidado; las prótesis que había parecían estar en buen estado, a pesar de lo cual se levantaron. Se le practicó una radiografía que demostró la existencia de foco dentario apical del segundo molar izquierdo inferior, el cual, extraído, mejoró prontamente el cuadro.

5. No menos interesantes nos parecen los casos de amigdalitis agudas de repetición inculpables a lesiones dentarias. Los hechos son bien demostrativos en el curso de accidentes de mo-

lares posteriores, inflamaciones, malformaciones, inclusiones o estados de infección, ocasionando accidentes que ganan por contigüidad el tejido de la lonja amigdalina. Las relaciones anatómicas existentes entre las piezas dentarias y las amígdalas son bien conocida;; es GRIEFENSTEIN quien asegura que los vasos venosos y linfáticos de las piezas dentarias son comunes a las amígdalas, participando por consiguiente de los mismos procesos de extensión. A iguales resultados nos llevan las experiencias de KLESTAD y ZITOWIRCH mediante el empleo de materias colorantes, demostrando una íntima relación de contigüidad entre linfáticos de alveolos dentarios y amígdalas (TOMÁS DE JUAN).

Como quiera que sea, lo cierto es que desde que nos interesamos por esta cuestión venimos revisando las dentaduras de enfermos con padecimientos amigdalinos agudos, con exudados pultáceos, flemones periamigdalinos, y un hecho hay evidente, que una vez yugulado el accidente agudo, una limpieza o la avulsión de "raigones" molares, pone al abrigo de nuevas recidivas amigdalinas.

6. La hipótesis de un trastorno trófico de la mucosa explicaría, según CASTELLAN y MAYET, el hecho de que la evolución de la muela del juicio, libre de influencias infecciosas, podría jugar un papel de espina irritativa, susceptible de ocasionar, por vía nerviosa, trastornos tróficos mucosos, seguidos de disminución de resistencia a la infección fuso-espirilar. Así ocurriría que la irritación alveolo-dentaria podría determinar neuritis del nervio dentario inferior o del maxilar superior. Neuritis que llegaría a la necrosis de la mucosa, en la cual el agente microbiano, fuso-espirilo, encontraría terreno apropiado para su desenvolvimiento, necrosado la mucosa que en el caso de la angina de Vincent asentaría de preferencia sobre el reborde gingival o polo superior d la amígdala.

7. No parece ser noción corriente el que el aparato broncopulmonar pueda ser interesado por una infección dentaria; los hechos, sin embargo, son bien demostrativos de que siguiendo una vía directa o sanguínea puedan producirse. Nosotros tuvimos oportunidad de seguir un caso bien interesante.

Observación.—Tratábase de un enfermo de treinta y un años, el cual, desde hacía varios días, venía observando molestias en la angina izquierda, que se mostraba enrojecida y propulsada hacia adentro. En efecto, a la inspección se comprobaba una tumefacción dura al tacto y dolorosa a la presión, a la vez que tumefacción y también dolor a la presión del capuchón del segundo molar; la punción practicada no demostró existencia de pus en ninguna de las dos regiones (diente y amígdala). Días después se comprueba supuración al nivel del molar, que por la presión en la región submaxilar se evacua en pequeña cantidad. Mientras la evolución del proceso dento-faríngeo seguía su marcha, hizo su aparición un dolor en el hemitórax izquierdo, que se acentuaba al toser y respirar profundamente, comprobándose la disminución de las expansiones torácicas, matidez, vibraciones vocales, expectoración espesa y amarillenta de mal olor. En fin, que se le diagnostica de absceso pulmonar; así se trata y cura (doctores Crespo Campesino y Sevas).

8. En algunos pacientes el dolor local en un “diente sinusiano” fué el preludio con que se inició una sinusitis maxilar. Por lo general se trata del enfermo que después de algunos días de penosos dolores dentarios, al asomarse, observa la expulsión de pus fétido, entrando todo en caja o pasando a la cronicidad.

Observación.—Los fenómenos dolorosos eran muy acusados en un enfermo, impidiéndole conciliar el sueño; había ligera alteración febril, que descendió a continuación de la expulsión brusca de un tapón maloliente por la nariz. Extraído el molar, y suficientemente tratado con penicilina, el enfermo llega a curarse sin intervención cruenta.

Otro enfermo, también con sinusitis maxilar, reconocía un origen dentario tras la injuria traumática del molar y el seno. Era un enfermo que sufría dolores del segundo molar superior derecho, que él mismo se “extrae” con una cuerda. La misma tarde de la “extracción” se le presentaron dolores muy intensos que, partiendo de la boca, se irradiaban hacia el ojo y el cuello correspondientes y que no obedecían a los calmantes usuales. Días después, expectoración de moco-pus por la nariz, y a continuación fistulización de la encía a nivel de fosa canina, por la que se ve fluir un pus espeso amarillento; movilización de sequestros. Intervención y curación.

9. Otra de las cuestiones que se prestan a consideraciones es el tema de los abscesos de tabique nasal de origen dentario. Colecciones purulentas formadas habitualmente a nivel de la porción anterior del tabique nasal, entre la mucosa doblada por el pericondrio y el cartílago. Si nos detenemos a considerar su

origen de producción veremos que no hay sobre ello una perfecta unanimidad sino que los autores opinan de diversas maneras: La infección puede hacerse por vía linfática (LEMAITRE, WORMS); supuraciones de quistes paradentarios desenvueltos a nivel del apex de un incisivo central; vía preformada del canal palatino anterior (BAUER); vía de continuidad. Por cualquiera de los mecanismos, la infiltración gana el hueso y lo necrosa, despegando y perfora el periostio, y más tarde el pericondrio. Los osteoflemones provocados por las raíces de los incisivos tienen una evolución vestibular. A veces, las etapas de un absceso odontógeno del septum puede seguir a un traumatismo violento.

10. La relación directa de la boca con el medio exterior hace frecuente su exposición a las agresiones mecánicas, tóxicas o microbianas, llegando a ser su patología de gran interés para el clínico.

Observación.—La exploración del velo del paladar, demostrándose en él la presencia de una placa de actinomicosis, nos dió ocasión para comprobar de forma evidente la estrecha relación entre esta lesión y una pelada areata. Un enfermo de dieciséis años, de oficio pastor de ganado cabrío, comienza a sentir molestias en la boca, sensación de cuerpo extraño. Un mes más tarde de la aparición de una placa blanda, amarillenta, sobre el velo del paladar, comienza a sentir picores de cabeza a la vez que caída del pelo en un área que comprende la región témporo-parietal izquierda y fronto-parietal derecha. Realizados los análisis pertinentes se confirmó el diagnóstico de actinomicosis del velo del paladar.

Ante este caso ("Medicina española", núm. 34, XI, 1941) sospechamos una etiología, basada en la teoría distrófica y en la focal, propuesta por Danysz y Chypman, para lo cual la primera actuaría de predisponente, siendo el punto inicial de la pelada la placa de actinomicosis, al actuar como medio irritativo con repercusión a distancia en el cuero cabelludo. La irritación del foco en el velo, decíamos entonces, la produce a su vez en las ramas del trigémino, conduciéndola a la sustancia gris de la médula, relacionándose con el punto de partida de los nervios segundo y tercero, que a su vez inervan las zonas en que se encontraba localizada la pelada.

11. Finalmente nos referimos a las anomalías que se observan en el curso de erupciones definitivas, en especial la ectopía del canino superior en las fosas nasales. La posición del germen del canino superior en su progresión evolutiva puede

emerger durante la erupción hacia lugares diversos: reborde alveolar, fosa canina o hacia las fosas nasales.

Observación.—Recientemente tuvimos oportunidad de ver una enferma de cuarenta y tres años, que venía aquejando dolores en la mejilla izquierda, a la vez que disminución de respiración por la fosa nasal izquierda, donde observa se le depositan mucosidades espesas, que le cuesta trabajo expulsar. La exploración nos permitió apreciar la existencia en el tercio anterior de la fosa nasal izquierda de una formación blanquecina de consistencia dura, lo que nos induce a sentar el diagnóstico de ectopia del canino izquierdo en la fosa nasal, que confirma la radiografía y el curso posterior.

Si a las observaciones anotadas se añade que gran número de procesos del cuello, de la base de la lengua, etc., tienen su origen en infecciones buco-dentarias, se comprende lo trascendente de su conocimiento en la clínica diaria. Y terminamos aquí estas notas, pareciéndonos útil insistir en que la exploración de la cavidad bucal debe de ser tan cuidadosa como el de otras regiones, y la base de nuestra terapéutica moderna el tratamiento profiláctico.

Los imbeciles tienen dientes sanos, según investigaciones suecas

Un vasto trabajo para averiguar la relación existente entre alimentación y enfermedades de los dientes, se ha llevado a cabo, desde 1945, en el hospital para imbeciles de Vipeholm, en la ciudad de Lund, Suecia. Según estas investigaciones los dientes de los imbeciles son afectados por las caries en una escala mucho menor que la población en general. De 870 imbeciles, 31 estaban enteramente libres de caries, mientras que entre varones suecos de unos veinte años de edad, sólo hay uno en mil con los dientes sin defecto.

Los experimentos abarcaron, en total, más de mil personas. Estas fueron clasificadas, según su desarrollo mental, en siete clases, de las cuales la clase inferior correspondió a personas cuyo estado mental era similar al de la última fase del feto. Muchos de estos pobres hombres que tienen una inteligencia inferior a la de los animales domésticos, tienen los dientes extraordinariamente sanos y fuertes. La investigación reveló el hecho curioso de que la frecuencia de caries dentarias disminuye cuanto más imbecil es la gente. Puesto que todos los internados del hospital reciben la misma comida, esto se debe propablemente a una fuerza de resistencia heredada contra las circunstancias desconocidas que originan esta enfermedad dentaria. (per "Farmalecta", Bs. As.