

# \* LAS GLOMERULO-NEFRITIS Y LOS FOCOS SEPTI- COS DENTARIOS

por el

Dr. D. Pedro Campos Bértolo  
Médico y Odontólogo

**L**os grandes avances logrados en los últimos tiempos por la medicina interna en todos los órdenes, han colocado sobre el tapete el tan debatido problema de la infección focal, concediéndosele a la misma una gran importancia como punto de origen de numerosas enfermedades generales, cuya causa pasaba desapercibida o ignorada en muchas ocasiones, hasta que se ha comprendido su valor y significación en la iniciación y sostenimiento de procesos neurálgicos, reumáticos, fiebres de etiología desconocida, nefritis, etc., etc.

Actualmente el eminente profesor español Dr. Jiménez Díaz ha negado, con su reconocidísima autoridad y con una gran valentía, la existencia de la infección focal. Sin embargo, recomienda la eliminación de los referidos focos.

No obstante, nosotros hemos de atenernos a los hechos, y sin que tratemos de entrar en el fondo de esta compleja cuestión, que el tiempo aclarará, hay que reconocer que quizá hayan sido los expresados focos sépticos-dentarios los que menos han fijado la atención del internista en general, principalmente en determinados casos, que vienen a constituir una prueba más de cómo no debe descuidarse la exploración bucal en ningún momento y tampoco en ciertas glomérulo-nefritis de causa ignorada, cuando hayamos recorrido inútilmente todos los puntos sospechosos del organismo.

En esta afección es muy importante la búsqueda del foco primario, que puede encontrarse no sólo en la boca, sino también en las amígdalas palatinas en un tanto por ciento más ele-

vado en el periamigdalino, en la amígdala faríngea y, de un modo general, en el anillo linfático de WALDEYER. También la faringitis folicular puede ser el foco originario, y, por último, puede estar, aunque con mucha menos frecuencia, en los senos cráneo-faciales, pelvis renal, apéndice, trompas, útero, próstata, vesículas seminales, bronquios, etc., pudiendo formarse a partir de estos focos secundarios, tales como endocarditis, cistitis, pielitis, etc.

Es natural que los focos dentarios deben merecernos atención, puesto que existe una gran facilidad para la producción y formación de los mismos debido, principalmente, a las enormes dificultades que existen para lograr un relleno radicular perfecto hasta los bordes de los ápices, aun con el empleo de la más hábil de las técnicas, ya que estudios comprobados por la exploración radiográfica y debidos principalmente a NODINE, y que la práctica clínica nos confirma constantemente, han demostrado que un cincuenta por ciento de las piezas desvitalizadas y obturadas, eran víctimas de los abscesos apicales y granulomas consiguientes, los cuales, si bien constituyen un medio de defensa del organismo contra la infección, no puede evitarse que frecuentemente permitan el paso a través de las paredes del tejido conectivo que forman los mismos, de los gérmenes y toxinas consiguientes, que han de mantener el estado latente de la enfermedad.

¿Cuáles son estos gérmenes más importantes? En primer el estreptococo, habiendo autores, como SCHÖN, que cree que estas afecciones siempre son producidas por estreptococos, habiéndose encontrado sus distintas variedades: hemolítico, viridans, herbídis, anaerobio, etc., sin que pueda afirmarse cuál tiene mayor importancia.

Desconfiemos, pues, de las piezas cuyas pulpas han sido eliminadas y también de las que sin haber sido sometidas a tratamiento, han sufrido su destrucción por procesos infecciosos repetidos o acciones traumáticas diversas.

Tengamos en cuenta, sin embargo, que a veces se desarrolla una nefropatía, al parecer primaria, sin causa ostensible. Otras se presenta ésta con infección aguda escalofríos frecuentes, li-

geros accesos febriles y dolores en la región renal. Después de estos fenómenos, aparecen los edemas en piernas y cara, sin olvidar la palidez de la mayoría de estos enfermos, que es debida más que a una anemia general a la disminución del contenido de sangre en los vasos cutáneos.

La orina está casi siempre muy disminuída; la albúmina es abundante, existiendo numerosos cilindros que son signos diagnósticos claros de la nefropatía, así como la presencia de leucocitos y hematíes revelan la existencia de alteraciones inflamatorias.

¿Cómo evolucionan estos proceso renales?

A veces puede curarse la nefropatía y otras, pasar al período de latencia.

Los estudios de cómo marchan los sedimentos y, sobre todo, la numeración de los cilindros en cámara por el método de ADDIS, nos marcan los cambios en la marcha de la nefritis aguda y tienen mucho valor. Vemos cómo en el estadio inicial de la nefritis aumentan principalmente los cilindros hemorrágicos e hialinos y si la nefritis prosigue intensamente se verá un aumento de toda clase de cilindros; pero lo que tiene más valor es la aparición de los cilindros lipoideos, y los llamados urémicos anchos, grandes, que ADDIS denomina "cilindros del fracaso renal", cuya aparición tiene, según JIMENEZ DIAZ, gran valor diagnóstico y pronóstico.

Si se pasa de la fase inicial a la de latencia, se encuentra desaparición, sobre todo con respecto a la primera de los cilindros céreos y disminución del total de cilindros. Cuando evoluciona a la terminación, lo característico es que los "cilindros del fracaso" aumenten de una manera extraordinaria y casi todos se hagan muy grandes. Y cuando evolucionan crónicamente en el sentido de nefritis progresiva, pero de evolución benigna con tendencia nefrótica, aparece un gran aumento de cilindros, sobre todo hialinos y grandes. En cambio, en la evolución hacia la esclerosis, salvo los hialinos, que siguen aumentados, disminuyendo los restantes. Esto y el estudio de la cifra de hematíes, que va paralela al grado del espasmo y de la hipertrofia, tiene, por consiguiente, un gran valor.

No podemos decir que un nefrítico pasa al estado de latencia porque deje de ahogarse, porque desaparezca la taquicardia, porque orina más y se deshinchas; lo diremos si baja su presión arterial además, y existiendo hematuria, desaparece de la orina todo aspecto hemorrágico. Y cuando está en marcha hacia la latencia, puede volver a la fase activa o hacia un fatal desenlace.

El pronóstico es grave si aparecen cilindros de ADDIS o urémicos muy grandes y anchos y preceden en pocos días a la aparición de la uremia.

Pero, repetimos, en las glomerulo-nefritis lo más importante no es distinguir la clasificación de cada caso, sino la *demonstración, lo más precisa posible, del foco de origen*, como ha ocurrido en el caso por nosotros tratado y que describimos a continuación:

Paciente: C. K., de cuarenta y ocho años y sin antecedentes familiares ni personales. Viene a nuestra consulta por indicación de un internista, que no encuentra la causa de la persistente nefritis que padece hace más de un año y que le mantiene una constante albuminuria, según observamos por el análisis de orina reciente que nos presenta y que alcanza la cifra de cuatro gramos por mil, así como por el examen microscópico, leucocitos, células renales y también cilindros hialinos y que sólo se atenúan con un régimen dietético severo, pero que vuelven a reproducirse en cuanto éste se abandona.

El análisis de sangre acusa 0,46 de urea, que es el dato que más nos interesa.

A preguntas nuestras dice que tiene dolores neurálgicos en el lado derecho de la cara.

A la exploración clínica le encontramos una pequeña tumefacción en el lado antes citado y una boca cuidada, pero que ha sido sometida a diversos tratamientos en Ginebra, París, Barcelona y La Coruña; mas no con resultados muy halagüeños, debido, quizá, a esa frecuente variación de profesionales por el constante peregrinar a que le obligaban sus negocios.

Para no hacer demasiado pesada esta exposición, describiremos solamente lo más importante del estado general de la boca, comenzando por el maxilar.

El incisivo lateral superior derecho tiene, sobre su raíz, un medio Richmend.

El segundo molar superior del mismo lado acusa una intensa periodontitis y es pilar posterior de un puente. Observamos como su raíz palatina, al descubierto en su tercio inferior, está separada de la corona del molar como si hubiera sido limada.

En el lado opuesto y también superior encontramos un sorprendente y pequeño absceso palatino al nivel del primer molar, que, recubierto de una corona, sirve de base al segundo bicúspide.

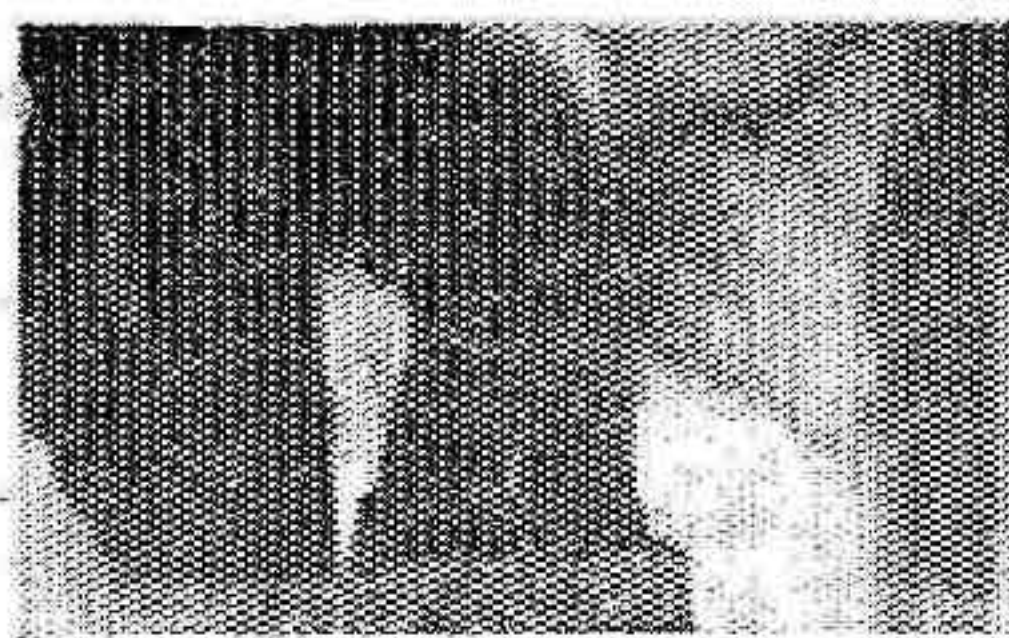


Fig. 1.—Obsérvese la periostitis en la zona del primer molar.

En la mandíbula hallamos en el lado derecho y en los molares primero y segundo dos grandes obturaciones, pero en el primero le encontramos una gran carie de cuello a nivel de su raíz distal, acusando dolores a la percusión, así como al frío y calor.

En sesiones sucesivas hacemos la obligada exploración radiográfica, hallándole en el maxilar y a nivel del último molar del lado derecho un granuloma apical.

En el lado izquierdo superior le observamos una periostitis en la zona de implantación del primer molar. (Fig. I.)

En la mandíbula le diagnosticamos también dos claros focos de osteitis en el punto correspondiente a las raíces del primero y segundo molares; más extensa en el primero y la confirmación en éste de la separación de la raíz distal de su corona, en el cuello del molar. Observamos también, con la natural sorpresa, que estas piezas se hallan afectas de gangrena pulpar, pues no han sido desvitalizadas ninguna de ellas,

sino obturadas, como si se tratase de caries de segundo grado profundo. (Fig. II.)

De acuerdo con el paciente procedemos al tratamiento, que consiste en la inmediata eliminación de todas las piezas afectas de focos apicales.

La mejoría experimentada por el mismo es evidente, pues desaparecieron, como era de esperar, no sólo los dolores neu-rálgicos y la ligera hinchazón que tenía en el lado derecho, sino que paralelamente se produjo alivio en su estado general, comprobado con el análisis de orina efectuado a los quince días y

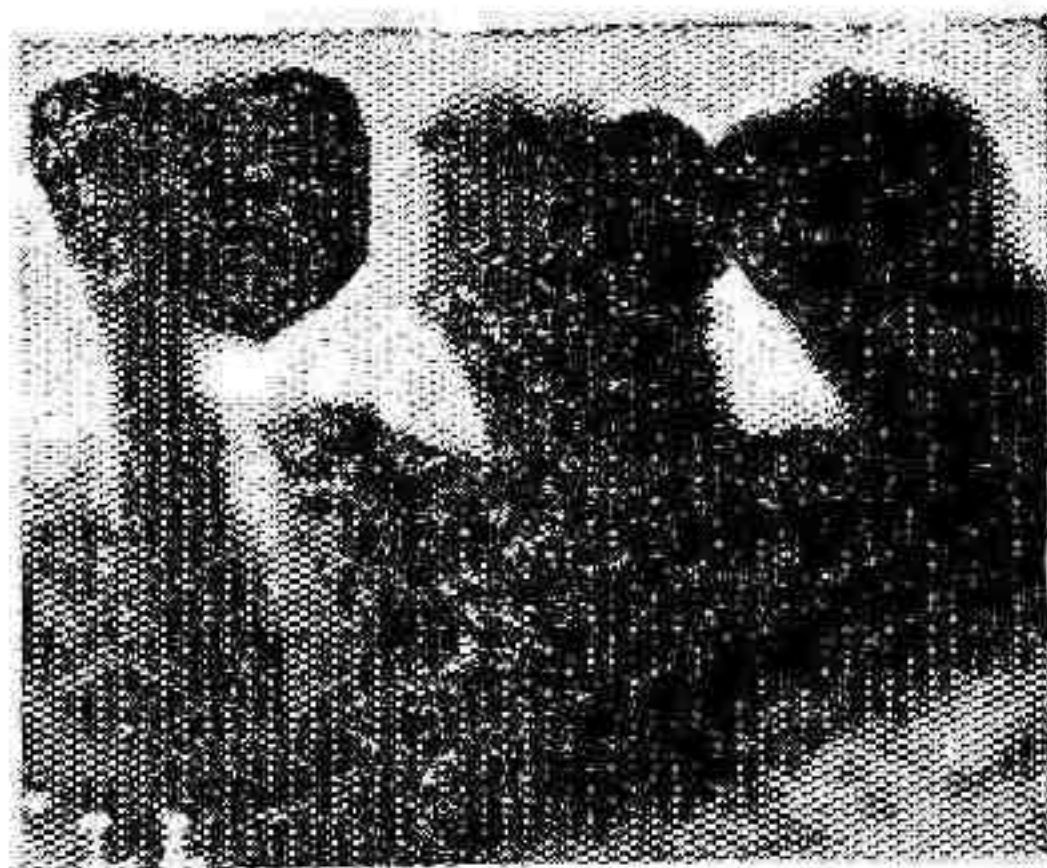


Fig. 2.—Obsérvese dos claros focos de osteitis en las raíces del primero y segundo molares.

en el que pudimos ver, con la natural satisfacción, que de cuatro gramos por mil de albúmina, hubo un descenso a 1.6 gramos y del examen microscópico notamos la casi desaparición de los glóbulos blancos, antes muy abundantes, ausencia de células renales, así como de hematíes y cilindros hialinos.

Un mes más tarde un nuevo análisis nos da 0.8 gramos de albúmina, y la carencia de elementos microscópicos y cristalizados en el sedimento. En el examen bacteriológico se encuentra escasa flora bacteriana, constituida predominantemente por cocos aislados "Gran" positivos de tipo inespecífico y no existiendo formas bacilares.

Del análisis de sangre, de tanta importancia, resulta: Urea en sangre, 0,40. Tensión arterial: máxima, 12 y mínima, 8. Peso, 79 kilos.

Actualmente se mantiene la mejoría y el paciente ha vuelto a reanudar su vida normal sin hallarse sometido a *régimen de ninguna clase*. ¿Se trata de una mejoría temporal o será definitiva? El tiempo y la subsiguiente vigilancia del paciente, que no abandonamos, lo dirán.

## CONCLUSION

De todo lo que antecede, y pese a los opuestos criterios imperantes en este sentido, deducimos claramente la extraordinaria importancia que tienen los focos sépticos-dentarios como factor etiológico para la producción y desarrollo de determinadas enfermedades generales, y hasta tanto no se nos demuestre lo contrario, tendremos que admitir como una realidad la influencia de los mismos, ya como única causa determinante de ciertos procesos, o bien como coadyuvantes de su persistencia, siendo por ello sumamente necesaria e indispensable de todo punto una más estrecha colaboración entre el internista y el estomatólogo, que redundará, lógicamente en beneficio del enfermo y será asimismo base de nuestros mejores y más brillantes éxitos profesionales.

---

### *Manchas pigmentarias de la lengua y los labios.*—SIMON.

Presenta una joven afecta de manchas grises en la mucosa de la lengua, los labios y el velo del paladar, y pasa revista a las diversas etiologías posibles de esta pigmentación.

(Per. "Gaz. Méd. Española.")