

INFECCION FOCAL DE ORIGEN DENTAL COMO CAUSA DE ENFERMEDADES GENERALES (*)

por el

DR. RAFAEL HERNÁNDEZ MOTA

La importancia de la odontología desde el punto de vista patológico ha ido escalando poco a poco el lugar que le corresponde a medida que se ha venido insistiendo en la íntima relación que debe existir entre el médico y el dentista para el diagnóstico y adecuado tratamiento de un crecido número de afecciones.

La relación que existe entre la medicina interna y la odontología se clasifica en dos categorías: en primer lugar, un gran número de enfermedades generales que tienen su origen en los dientes y tejidos inmediatos; en estos casos el internista no sólo necesita del odontólogo con el objeto de aclarar el diagnóstico, sino para efectuar algunas curas terapéuticas de rigor. En segundo lugar, no son pocas las enfermedades de los dientes, lecho dentario—*peradentium*—y órganos vecinos que tienen estrechas relaciones con defectos patológicos internos en que el odontólogo consciente debe reclamar la ayuda del médico.

Hablando someramente sobre esta segunda parte diremos que enfermedades generales del metabolismo, avitaminosis, endocrinas, como además otras causas patológicas, pueden afectar los dientes, su lecho y los tejidos adyacentes, como ya hemos dicho.

Anomalías como erupción retardada, de posición, tendencia a caries, falta de dentadura permanente y erupción incompleta de ella se pueden observar en un caso de mixedema infantil.

En algunas enfermedades constitucionales, como el sarampión, raquitismo, etc., se puede presentar una erupción defectuosa: en el primer caso se ha visto una erupción acelerada de los dientes caducos en niños de diecisiete a veintisiete meses en las cuatro semanas que siguieron al sarampión; en el caso de raquitismo tendremos una erupción retardada.

Anomalías congénitas de la estructura del esmalte y la dentina en el caso de dientes Hutchinson, cuya causa se había adjudicado

(*) Premio Eusebio Pons

a la sífilis, hoy se afirma que no es una causa única, sino sólo frecuente. Sin embargo, la presencia de tales dientes ha venido a ayudar grandemente al diagnóstico de la heredosífilis, pues cuando se presenta una queratitis intersticial, con otitis media supurada en presencia de dientes de Hutchinson, es índice positivo de que existe sífilis; esta es la conocida tríada de Hutchinson, que en la actualidad se ha convertido en tétrada con la presencia de algunas artritis.

Estas atrofias de los dientes—hipoplasias—tienen por causa muy a menudo las enfermedades que afectan la nutrición normal del individuo. Muchas dolencias pueden ser causadas por estados de avitaminosis; entre éstas sabemos, por lo pronto, que las faltas de vitamina A—antixeroftálmica—y la B—antineurítica—interrumpen la velocidad del desarrollo no sólo del diente en sí, sino también de la arcada dentaria. La falta de vitamina C acarrea la enfermedad conocida con el nombre de escorbuto, que, además de su localización en el tejido de la mucosa bucal en forma de estomatitis, ataca de una manera característica la pulpa, la dentina y el cemento.

Fisuras grandes en los molares, campos abiertos para la destructiva caries dental pueden ser producidas cuando la alimentación es pobre en vitamina D.

No obstante la ligereza con que estoy tratando estas afecciones bucales que tienen como causas trastornos propios de la medicina interna, no puedo olvidar la paradentosis, que también es llamada periodontoclasia, artritis alvéolo-dentarias, artritis proto-hepáticas y otras maneras más.

Se entiende por paradio, según Weski, la unidad embriológica y clínica constituida por el hueso alveolar, el periodonto, la encía y el diente respectivo. De otros estudios se desprende que la apófisis alveolar no es una prolongación del maxilar, sino una formación independiente que se engendra merced a la aproximación, adherencia y osificación de las bolsas dentarias. La entidad primitiva principal es la bolsa dentaria o alvéolo en el cual se desarrolla el diente con su periostio y su hueso.

Las enfermedades del paradio no constituyen un grupo homogéneo, clínica ni etiológicamente, sino que son expresión de los más diversos estados patológicos. Aunque no se puede dudar que en su origen intervienen causas locales, la mayoría de las veces se deben a los más variados factores endógenos.

Estas son a grandes rasgos, las enfermedades generales que se manifiestan en la cavidad bucal, en las cuales el odontólogo debe actuar junto al médico.

El doctor J. E. Muñoz Baralt, en un trabajo reproducido por la revista "Prótesis Clínica" de junio de 1945, dice: "Las enfermedades sistemáticas que tienen manifestaciones orales pueden clasificarse como:

- 1.º Deficiencias dietéticas.
- 2.º Enfermedades de la sangre y de los órganos productores de la sangre.
- 3.º Enfermedades infecciosas específicas.
- 4.º Envenenamientos metálicos e idiosincrasia a comidas y drogas.

Pasemos a describir algo de la tan rebatida teoría de infección focal.

El término "infección focal" fué introducido por Frank Billings, quien, con su trabajo "Infecciones focales crónicas y sus relaciones etiológicas con las artritis y nefritis", fué el iniciador de la teoría de la infección focal. La infección puede ser definida como una infección localizada que se supone produce síntomas en otras partes del cuerpo, y en la cual, generalmente, no se demuestran bacterias en la sangre circulante. Sin embargo, tal distinción no es siempre posible. Por ejemplo: una de las más comunes entre las infecciones focales es la que produce el gonococo en la uretra posterior o en la próstata, con complicación secundaria de las articulaciones en forma de artritis gonocócica. En esta afección, por supuesto, el gonococo alcanza las articulaciones, conducido por la corriente sanguínea, pero en la inmensa mayoría de los casos no puede demostrarse esta bacteremia transitoria por medio de hemocultivos.

Al presente, casi treinta años después de la publicación del trabajo de Frank Billings, la infección focal vuelve a ocupar un lugar muy importante en la práctica de la medicina, de la cirugía y de las diversas especialidades. Sin embargo, muchos médicos reflexivos que al principio aceptaron con entusiasmo la teoría de la infección focal, han observado con interés y cierto temor su rápido desarrollo, y se preguntan si habrá llegado ya el tiempo de volver a examinar la teoría. Actualmente, algunos investigadores objetan seriamente su validez, y otros quieren desecharla en absoluto. Esta actitud se manifiesta particularmente en Europa, donde la idea de la infección focal nunca se aceptó con entusiasmo. En América, incluso, algunos médicos se manifiestan un poco desengañados de una teoría que ha sido aceptada como si se tratara de hechos demostrados.

Anatomía patológica.—El foco de infección puede estar situado en cualquier parte del cuerpo, pero con mayor frecuencia en las amígdalas o en los dientes. Los focos amigdalares prevalecen en

los niños y adolescentes, mientras que en los adultos, la mayoría de las veces, se encuentran focos en las raíces dentales.

Etiología.—La teoría de la infección focal, en su forma original, tal como la enunció Billings, supone que la infección de ciertos focos, como las amígdalas, dientes, senos y otros lugares, pueden determinar trastornos en sitios alejados, como articulaciones o riñones, por medio de una toxina que se supone circula a través de la corriente sanguínea. Sin embargo, tal toxina no ha sido demostrada de un modo evidente.

Se observa con absoluta claridad que la frecuencia de la infección focal, en pacientes con artritis y otras enfermedades generales varía ampliamente según el tipo de enfermo estudiado. Por ejemplo, mientras que en los enfermos de hospitales de las grandes ciudades predominan de una manera absoluta los que presentan infecciones en foco, no sucede lo mismo en los enfermos de la clientela privada, los cuales, relativamente, exhiben infección focal.

En la inmensa mayoría de los casos, el organismo productor de la infección focal es el estreptococo, bien el hemolítico, virídians, siguen con frecuencia el gonococo, el estafilococo y el neumococo. No rara vez el colibacilo es causa de infecciones focales en la cavidad abdominal o en el aparato urogenital.

Si seguimos la idea de Rosenow, los estreptococos del granuloma dentario de una persona que padece de una iritis a consecuencia de la infección focal, tienen afinidad específica por el iris. Demuestra esto haciendo un cultivo puro de tales estreptococos, inyectándolos en vena de conejo y viendo que un tanto por ciento elevado de estos animales adquieren una iritis. De una manera análoga, los estreptococos del granuloma radicular de un artrítico ocasionan artritis en los animales de experimentación; en los de un endocardítico, endocarditis. Si la teoría de Rosenow fuera cierta, se adelantará un paso al respecto de problemas etiológicos que está sumidos en la oscuridad. No obstante la importancia de estos experimentos, no se han repetido en ninguna parte los experimentos hechos en la clínica Mayo; pues en los pocos casos en que se ha intentado comprobarlo han sido confirmados.

Una vez descrito algo sobre infección focal, nos toca ahora preguntar qué afecciones dentarias podrían comportarse como tales.

Sabemos que la más común de las enfermedades dentarias es la caries, que comienza su proceso destructivo desde el exterior hasta dejar expuesta la pulpa. El último paso de todos estos procesos desde su inicio por la caries es, naturalmente, la muerte de la pulpa; si a tiempo no se trata de detener, entre uno y otro habrá una serie de

afecciones, todas las cuales pueden considerarse como posibles focos infecciosos. La aries, la consecutiva hiperestesia dentinal que se produce por la irritación constante que ejercen los flúidos bucales sobre las neurofibrillas—si es que seguimos a Buchard e Inglis, pues otros niegan la existencia de tales elementos histológicos—, la hiperemia arterial (activa), la hiperemia venosa (pasiva), la pulpitis, la supuración de la pulpa, absceso pulpal y, como dije el último estado, o sea la muerte parcial o total de la pulpa en forma, ya sea de gangrena seca o húmeda.

El deseo de conservar todo diente y a veces los restos más pequeños de uno, constituyen más frecuentemente la causa de la presencia de focos infecciosos.

En un caso de pulpitis que sea incurable espontáneamente, la odontología conservadora manda “matar el nervio”, y luego tratar con minuciosidad él o los conductos radiculares.

Si estos tratamientos se hicieran de la manera ideal y con buenos en el ciento por ciento de los casos, y de que el éxito del acto operatorio estaba en manos y habilidad del dentista, como creyó la odontología conservadora, no existirían estos focos infecciosos; pero bien sabemos que los más diestros operadores en muchas ocasiones no pueden rellenar completamente el conducto radicular, pues la radiografía nos lo revela así. Otro punto importante es que ésta sólo nos da los detalles más groseros. Los estudios de Nodine, que en el 90 por 100 de los casos en que se suponía que la repleción de los canales era perfecta encontró que no lo era (en 2.000 radiografías había 950 abscesos apicales en dientes revestidos de una corona), demuestran la inseguridad de los resultados.

Anatómicamente los canales radiculares están sujetos a variaciones, pues a veces presentan comunicaciones laterales, agujeros apicales múltiples, etc. En estos casos, el dentista no ha tenido en cuenta estas anomalías, y después del tratamiento sucede que estas bacterias y toxinas que han quedado encerradas tienden a internarse por el orificio apical o el conducto abscesorio. Como la pulpa no es más que una prolongación de la médula, la extensión del proceso infeccioso desde el conducto dentario al maxilar, o sea la periodontitis, no es más que una osteomielitis circunscrita de la zona del hueso que limita con el vértice de la raíz.

La periodontitis aguda se hace crónica, y luego puede dar lugar a un absceso alveolar, siguiendo a esto la necrosis parcial de la punta de la raíz, la cual se comporta como un secuestro de la osteomielitis. Si la supuración es escasa, el tejido de granulación que se forma como una respuesta al proceso infeccioso, es causa de que se produz-

ca un "granuloma" y el "quiste radicular". Este es un intento del organismo para detener el avance infeccioso, y si por él quedase limitado el proceso, no existiría aquí el principio de la infección focal; pero las pequeñas bolsas conjuntivas que se forman alrededor de la raíz merced a la inflamación, presentan generalmente irregularidades por donde escapan las bacterias y sus toxinas.

Por el hecho ya citado de que los conductos radiculares están sujetos a variaciones anatómicas, debemos pensar que todo diente muerto (desvitalizado) debe considerarse como un punto de origen de la infección focal. Aunque la mayoría de las pulpas muertas tienen su punto de partida de una caries, hay otro grupo en que la muerte se produce espontáneamente, y es éste un interesante caso desde el punto de vista de la infección focal, pudiendo verificarse por la vía hematogena, por un traumatismo, etc. En esta variedad, el diente va perdiendo su color, siendo esto el primer indicio que tienen el paciente y el dentista, aunque se dan casos que son más difíciles de diagnosticar, ya sea por la posición en la arcada, ya porque tenga una corona colocada, etc.

Además, por medio del mecanismo hematógeno se pueden engendrar focos infecciosos en dientes con pulpas muertas y localizar un absceso apical, por ejemplo, en el caso de neumonía, fiebre puerperal, en el transcurso de una sepsis.

Las bolsas que existen en los casos de parodontosis pueden ser focos infecciosos importantes. Pues si desaguan por el borde cervical y hacia la cavidad bucal, se produce una dispepsia por el inevitable estado de piofagia (deglución de pus) que se presenta. En otras ocasiones las bolsas están cerradas y el pus es absorbido, y contribuye así a alterar el estado general del organismo.

Otros focos infecciosos descritos por Stock son los empastes con amalgamas, que pueden ocasionar intoxicación crónica por el mercurio. Cuando ésta no es muy fuerte sus síntomas son muy variados; se trata de fenómenos nerviosos, como falta de concentración mental, ligera obnubilación y hormigueo, y de molestias por parte de las vías respiratorias altas, sobre todo de la nariz (propensión a corizas, obstrucción nasal, etc.). Es muy raro observar síntomas graves, como vértigos, diplopía, incapacidad para todo trabajo mental, catarro purulento hemorrágico de la nariz, gingivitis y estomatitis, diarreas, tenesmo vesical, etc.

Aunque Stock ha exagerado mucho la frecuencia del mercurialismo crónico consecutivo a empastes con amalgama, no se puede dudar su posibilidad. La mayoría de los casos se han observado en personas

a las que se le empastaron los dientes con amalgama de cobre, por lo que se debe desechar por completo este material.

Los focos infecciosos de los dientes está en la actualidad generalmente admitido que desempeñan papel preponderante en la patología, no obstante los autores no están acordes al respecto de algunas cuestiones especiales. Pues para unos, el foco infeccioso de los dientes es más frecuente que el de las amígdalas, cuestión que otros rebaten, como también algunos consideran estos focos solos como abscesos o como pulpitis supurada, mientras otros sostienen el criterio de que todo diente muerto es una fuente de peligro. Se discute también qué síntomas morbosos causan estos focos infecciosos, y en la actualidad Passler es el que ha profundizado más al respecto, pues en el 1930, en el Congreso de la Sociedad Alemana de Medicina Interna, señaló los siguientes cuadros patológicos y síntomas que son producidos frecuentemente por la infección focal.

Angina repetida, faringitis, tendencia a "enfriamientos", a "gripe", linfadenitis (sobre todos los ganglios regionales), escrofulosis no tuberculosas, sepsis generales "criptogenética" y estados sépticos, temperatura lábil y estados subfebriles de etiología desconocida, labilidad del trabajo cardíaco y muchas de las llamadas "neurosis del corazón", reacción vascular lábil, trastornos vasomotores, tendencia al frío, manos y pies fríos, palpitaciones cardíacas, dolores en el corazón, debilidad de este órgano (reversible), extrasistolia (¿miocarditis?), endocarditis con anidación de gérmenes en las válvulas o sin ellas, endocarditis recurrente, flebitis, trastornos nutritivos (desnutrición, hábito-pastoso), hábito asténico (algunas formas, trastornos del metabolismo (inhibiciones de la oxidación, aumento del ácido láctico, retención hídrica, etc.), alteraciones psíquicas y nerviosas (irritabilidad, cansancio, falta de capacidad de concentración, temor, mal huante y colecistitis, conjuntivitis, blefaritis, iritis "reumática" y anemor, etc.), trastorno del sueño e intranquilidad general, sequedad anormal de la pie y tendencia al sudor (ésta más frecuente), propensión al herpes labial, acné vulgar y rosáceo, estado ceborreico, eczemas, edema de Quincks, urticaria, propensión a cefalalgia, corea y convulsiones coreicas, neuralgias (trigémino, ciático, etc.) esclerosis múltiples, nefritis (probablemente no le la guerra), "disuria" (vesícula irritable, polaquiria y poliuria paroxística, fosfaturia, amoniuria, enuresis, catarro descamativo de las vías urinarias), gastralgia sin signos objetivos, anomalías de secreción del estómago, dispepsia, úlcera gástrica, gastritis, diarrea del intestino delgado, diarrea del intestino grueso (colitis simple, ulcerosa y mucomembrano-

sa), estreñimiento habitual, sobre todo espástico, apendicitis recidivas hipocromáticas.

Las enfermedades o síntomas que acabamos de enumerar se pueden resumir siguiendo puntos de vista determinados:

1.º Cuadros patológicos que pueden engendrarse por la acción directa de las bacterias o de sus toxinas. Son la faringitis, las llamadas enfermedades por enfriamiento, la que el vulgo denomina gripe, pero sin ser idénticas, a la gripe pandémica verdadera, las linfadenitis, estado séptico, endocarditis, miocarditis, nefritis, colecistitis, conjuntivitis, iritis, neuritis, etc. Queremos anticipar que en estos casos sólo excepcionalmente se consigue descubrir las bacterias patógenas, pero que esto no es un argumento para negar la relación, ya que hemos de suponer que sólo en contados casos tiene lugar una invasión de gérmenes en masa y que las defensas del órgano hasta entonces sano son suficientes para destruir los gérmenes; pero esto no impide la aparición de la enfermedad, porque, al ser destruídas las bacterias quedan libres sus venenos (endotoxina), y éstos son capaces de engendrar reacciones inflamatorias en el órgano de que se trate: Mientras el foco subsista pueden producirse constantemente nuevas infecciones, y a esto se debe el carácter recidivante de la enfermedad.

2.º Cuadros anafilácticos, con síntomas anafilácticos locales (urticaria, edema de Quinks) o generales. Damos por sabido que se entiende por anafilaxia aquel estado peculiar en que se encuentran ciertas partes del organismo o todo él cuando está sometido mucho tiempo a la influencia de sustancias albuminosas ajenas al cuerpo.

La albúmina de las bacterias representan una proteína extraña. Es seguro que algunas de las enfermedades del primer grado pertenecen también al anafiláctico, pues no existen límites precisos entre una y otra; cuando a partir del foco son transportados constantemente gérmenes a una articulación determinada, esta articulación es capaz de defenderse mucho tiempo gracias a sus defensas naturales, y de momento no necesita presentar ningún síntoma patológico apreciable, pero acaba por hacerse anafiláctico, y un día reacciona a una infección nimia por los mismos gérmenes en forma de una reacción anafiláctica intensa, que puede ser una hinchazón grande con derrame. Muchos autores tienden actualmente a considerar la poliartritis reumática y algunas formas de reumatismo articular crónico como enfermedades anafilácticas.

3.º Este grupo está constituido por síntomas a los que se puede considerar como infecciosos generales y que se pueden acompañar de aumento de temperatura o de equivalentes a la fiebre. Pertenecen a él

la labilidad del trabajo cardíaco, la intranquilidad general, los trastornos del sueño, la sequedad anormal de la piel o la tendencia a sudores y al herpes labial, la anemia secundaria, etc. También aquí podemos estar de acuerdo con Passler en que estos estados pueden ser consecuencia de la infección focal, pero es necesario mucho espíritu crítico, no decidiéndonos a admitir dicha infección más que cuando no haya otras razones visibles que expliquen los síntomas. Una labilidad del trabajo cardíaco puede ser debida, además de una afección cardíaca verdadera y con más frecuencia que a la infección focal, a las anomalías de tamaño y de la forma del corazón y a hiperfunción del tiroide, pudiéndose decir lo mismo de los demás síntomas citados.

4.º Este grupo está representado por los síntomas digestivos. Aquí no se ve la relación. Cuando Passler cita junto a los más diversos trastornos funcionales del estómago y del intestino, y enfermedades bien definidas clínicamente y anatómicamente, como la "úlceras gástricas, o la colitis ulcerosa, atribuyéndolos a la infección focal, apenas si podemos seguirle. Antes de decidirse a admitir seriamente esta relación hacen falta muchas comprobaciones por otros autores. Nosotros no podemos darnos por convencidos, fundándonos en lo que hemos dicho, aunque debemos admitir que en alguno u otro caso de trastorno funcional pueden desaparecer los síntomas gástricos o intestinales al suprimirse un foco; pero precisamente en estos casos se consiguen resultados muchas veces con cualquier medida sugestiva y acaso la extirpación del foco obra principalmente de esta manera.

5.º Este grupo puede clasificarse de efectos de la infección del metabolismo. Figurando aquí el aumento de las oxidaciones y del ácido láctico, la retención de agua, la fosfaturia, etc.

6.º Comprende los síntomas de naturaleza psíquica y endocrina, como la irritabilidad, nerviosidad, la tendencia a mentir, el cansancio, la falta de concentración y otros.

Finalmente, se puede establecer un séptimo grupo, compuesto por síntomas cutáneos, como el acné vulgar y el rosáceo, la seborrea, los eczemas, etc.

Todos estos cuadros patológicos, con síntomas tan variados, tienen en común, según Passler, el curso crónico o progresivo y el recurrir con intervalos regulares.

Después de haber hablado sobre la infección focal, las afecciones dentales consideradas como tales, así como la manera de repercutir éstas en el organismo en general, está de más decir que un sinnúmero de conclusiones quedan bien a la vista de aquel que detenidamente ha pensado sobre este problema, que día a día va robando la atención

del mundo científico, y de aquellos que, sin ser muy optimistas, acercan más al campo de la realidad tan discutida teoría.

En conclusión, los focos infecciosos de origen dental son causa de un gran número de afecciones del dominio de la patología interna, y que muchas enfermedades generales se manifiestan de muy diversos modos en la cavidad bucal. Si al principio del trabajo cité algunos de estos últimos casos, era para así poder hablar con más firmeza de ese acercamiento que en la actualidad debe existir entre el médico y el dentista.

Pero es necesario que cada odontólogo entienda la importancia de estudiar no sólo la patología bucal, sino extender más hacia el campo de la medicina para adquirir no sólo la tan repetida cultura médica, sino para poder con más luz y conciencia resolver los problemas que se presentan en su consultorio, interviniendo en ellos como lo obedece y dicta desde su interior el amor y el deseo del buen ejercicio de una profesión que ha de tener muy pronto la distinción que merece. Y para aquellos que piensan que la odontología no es más que una rama de la medicina, terminaré citando algunas palabras que al respecto escribiera en su artículo "Relaciones entre los médicos y dentistas" el doctor Albert L. Midgley: "Aquellos que sustentan la teoría de que la odontología debería convertirse en una especialidad de la profesión médica, creemos que están en un gran error; entre otras cosas, porque este plan constituiría una seria traición a la profesión dental. Con el bienestar público asegurado por la autonomía dental como la médica, ambas profesiones pueden rivalizar en el desarrollo de sus actividades y dedicación independiente. Unidas serán fuertes y libres en su autonomía profesional. Las ventajas de ambas serán nuestras si la odontología y la medicina, encontrándose en un terreno común, se desenvuelven obedeciendo a un programa comprensivo y generoso de "dar y tomar", siendo la una complemento de la otra; el idea lógico de las relaciones médico-dentales será el de comprensión y cooperación cordiales y armónicas con el propósito y la gran finalidad de fomentar el bienestar físico de todo el cuerpo del hombre." (per "Anls. Univ. de Sto. Dmgo., 379, 1948 [1950].)

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

- Russell E. Cecil: *Tratado de medicina interna*, 1945.
 Frederick Christopher: *Patología quirúrgica*, 1947.
 Jorge y Félix Klemperer: *Tratado de clínica moderna*
 R. Argüelles: *Tratado de patología quirúrgica*.
 S. Mead: *Enfermedades de la boca*.
 J. E. Muñoz Baralt: artículo publicado en la revista "Prótesis Clínica".
 Albert L. Midgley: artículo publicado en la revista "Prótesis Clínica".