

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

VOL. I

OCTUBRE

NUM. 10

SECCION A

PROBLEMAS DE CLÍNICA MÉDICA EN LA ODONTOLOGÍA



• LA CIÁTICA Y EL FOCO SEPTICO DENTARIO

por el

Dr. Vallejo Nágera (Félix)

Médico Auxiliar del Servicio de Odontología del Hospital Central
"San José y Santa Adela", de la Cruz Roja

A partir de los fundamentales trabajos del eminente clínico de la Universidad de Nápoles, profesor COTUGNO (1746-65), el concepto clínico y patogénico de la ciática, pese a las observaciones clínicas sobre esta enfermedad por parte de VALLEIX y LASSEGUE, que más tarde corroborara LANDOUZY, y las aportaciones diagnósticas y terapéuticas de CHARCOT, BABYNSKY, etc., etc., en la mitad del siglo pasado, pasando por las de DEJERINE y SICARD, en la primera década de éste, entra en la época actual de la biología con el convencimiento por parte de todos los patólogos de no poder sentar aún un criterio firme en lo que a la etiología, anatomía patológica y patogenia

de esta enfermedad se refiere, no obstante las conclusiones formuladas en congresos y asambleas celebrados en este sentido, entre los que destacan el Congreso del Artrismo, situado en Vittel en 1928, y la Sesión del Comité Alemán del Reuma, acaecido diez años más tarde. Pero la práctica médica diaria como resultado de la inagotable fuente de observación que da la clínica, ha llegado por sí misma al convencimiento, un poco empírico si se quiere, pero justificadamente arraigado, de que las manifestaciones clínicas de la ciática están en íntima relación con las llamadas *enfermedades reumáticas*, especialmente, esa forma de *ciática idiopática de tipo neuromiálgico*, en la que sobre el proceso netamente neurológico se añaden alteraciones patológicas musculares y articulares vecinas, manifiesta, objetiva y subjetivamente reumáticas cuando no se suma a una enfermedad articular o muscular reumática ya establecida o afecta secundariamente a sujetos que han sufrido ya enfermedades reumáticas de esta clase (LINDSTEDT) (1).

Incluída por esta razón en el cuadro de las enfermedades reumáticas, aparte de su carácter doloroso y alteraciones vasomotoras comunes a ellas, la ciática, comparte en este sentido el destino de aquellas, en las cuales no ha sido posible hasta la fecha, establecer una *etiología única* y una *patogénesis única convincente*. Los complicados problemas de la patogénesis de las enfermedades reumáticas en general y de la ciática como tal en particular, son hartos extensos y sembrados de contradictorias teorías para ser expuestos aquí en toda su dilatada amplitud, pero sí hemos de señalar aquellos que por su directa relación con nuestra especialidad sean de especial importancia como elementos de juicio a valorar en el desarrollo del problema que el factor séptico dentario juega en la pato-

génesis de la ciática. Resumiendo; el criterio actual en la patogénesis de las enfermedades reumáticas, es puramente condicional a partir de los puntos de vista más diversos, entre los que son de señalar; *las infecciones con los procesos alérgicos que provocan*; los factores hereditarios; las alteraciones del metabolismo y del equilibrio endocrino; la influencia climática, etc., etc.,... como factores *posiblemente* determinantes y aquellos de carácter inmunológico y *constitucional*, que como predisponentes y variablemente combinados con aquellos elaboran, por decirlo así, las formas clínicas especiales de la enfermedad.

He aquí, que SLAUCK (2) y su escuela en la actualidad, vuelven a tomar en consideración la cuestión de la significación etiológica de las *infecciones focales*. La teoría de ROSENOW, vuelve de nuevo a jugar su papel en la interpretación teórica de las alteraciones reumáticas de los tejidos, pero bajo el nuevo punto de vista debido a KLINGE (3), *como resultante de la reacción alérgica del organismo hecho sensible a las toxinas bacterianas, que en el estado latente del foco séptico dentario—en el caso particular que a nosotros nos interesa—, conduce, en una parte de los casos, por el camino de la infección dispersa a la enfermedad reumática.*

ROTHENSPIELER (4), de la escuela de AACHENER, apoya aún más este concepto, no sólo con diferenciaciones clínicas, sino que también con apreciaciones anatomo-patológicas de tipo exudativo proliferativo, en plena concordancia a lo establecido por KLINGE y KÖPPEN, que en el curso de sus investigaciones sobre la anatomía patológica del reumatismo, que han dado cuenta de hallazgos positivos en nervios que comparan en un todo con las alteraciones reumáticas ya conocidas y por ellos mismos descritas en el tejido conectivo a cuya lesión primaria se debe la enfermedad del nervio.

Por todo cuanto llevamos expuesto, es lógico suponer que las enfermedades reumáticas en general han adquirido de un tiempo o esta parte una diferenciación clínica tan destacada, que constituyen por sí solas materia más que suficiente para la creación de una especialidad médica, tendencia que ostensiblemente observamos hoy día no sólo en su independencia bibliográfica, sino que también en la ordenación técnica y administrativa de clínicas y hospitales.

Creado por estas razones el médico-reumatólogo, éste ha de afinar hasta lo inverosímil la semiótica de las enfermedades que constituyen su especialidad y ha de buscar en los profesionales de las otras, el informe técnico en que asentar sus diagnósticos correctos. El médico-reumatólogo en el diagnóstico etiológico de la ciática, al que sin duda concede hoy más importancia que a las apreciaciones de orden topográfico con que hasta ahora era preferentemente considerada esta enfermedad, ha de recurrir muchas veces, por lo que hasta ahora venimos diciendo, al concurso informativo del odontólogo en lo que a focos sépticos dentarios se refiere; el papel de éste con los medios que actualmente contamos de exploración eléctrica y radiográfica..., etc., etc., será casi siempre airoso, siempre y cuando que el reumatólogo recurra a él dentro de la más rígida disciplina de su especialidad con la valoración ya establecida de todos aquellos factores de orden etiológico, anatómico y diagnóstico diferencial que tan variadamente concurren en esta enfermedad y aquilatar dentro de la patología comparada y en su justo medio nuestro informe.

Pero cuando las cosas no ocurren así; cuando la solicitud de informe parte de internistas generales que por sus múltiples actividades policlínicas se ven materialmente imposibilitados de ordenar e investigar detalladamente las manifestaciones objetivas y subjetivas que ampliamente da esta enfermedad que radica en un nervio que es considerado como el de

más grosor y longitud del organismo; que en su largo recorrido se halla en íntimo contacto con los órganos más diferentes que explican su susceptibilidad patológica bajo la acción de meninges, huesos pelvianos, articulaciones ileosacras, órganos abdominales y pelvianos, etc., etc., y cuya correcta exploración no está exenta de dificultades y engorros, pues aparte de la semiótica motora y sensitiva, característica de esta enfermedad, los modernos medios de exploración que a ella se aplican, requieren punciones lumbares (CORDELL) (5), mieloscopias y mielografías (BERGOUIGAN y CAILLON) (6), que el clínico general no especialista suele demorar por otros caminos más fáciles de la exploración en busca de una pronta decisión etiológica, entre los cuales, el del informe odontológico se le ofrece con suma facilidad y por eso a él recurre casi siempre en primera instancia. Cuando las cosas suceden así, repito, el papel del odontólogo se hace difícil, puesto que el enfermo acude a él sin protocolo clínico alguno que le sirva de orientación y al emitir su informe carga sobre sí la responsabilidad de una posible determinación terapéutica, que en esta enfermedad por las características que en ella concurren pueden acarrear graves errores.

Con esto, no quiero restar valor al criterio sustentado de que los dientes como focos infecciosos parecen desempeñar un papel especial en la etiología de la ciática, pues hay casos de observación clínica en que la ciatalgia desapareció con la ablación del foco séptico dentario sospechoso. Pero permítaseme opinar que en el caso particularísimo que nos ocupa, la ciática, por las razones de orden anatómico que simplemente hemos citado, adquiere una "personalidad" clínica totalmente diferenciada dentro del capítulo de las enfermedades reumáticas en general y de las neuritis en particular. Quiero decir con esto, que a la ciática le sobran motivos etiológicos que aventajan

con mucho en frecuencia y razones biológicas a la de cualquier foco séptico, sea dentario o no. En esto, abundamos en la opinión de GERONNE (7), que da escasa significación etiológica a los focos dentarios y amigdalinos en la ciática. Que ha habido numerosos casos de procesos reumáticos y neuríticos incontrolados etiológicamente y que hallado un foco séptico dentario y hecha su ablación el proceso ha curado, es cosa que no dudamos...; pero si la significación etiológica de los focos dentarios fuese decisiva para la existencia de las enfermedades reumáticas, el número de reumáticos sería aún extraordinariamente mayor y por ende los enfermos de ciática. Téngase en cuenta que desde el tercer decenio de la vida el foco séptico dentario es lo habitual en un tanto por ciento muy elevado de la humanidad.

Por otra parte, las recientes investigaciones de RHEINWALD (8), orientan bajo un nuevo punto de vista la valoración de los focos sépticos dentarios bajo el criterio de que el *foco infeccioso se localiza en el diente propiamente dicho y no en el tejido circundante*, opinión, que ya había expuesto con anterioridad SCHRÖDER (9), subrayando la constancia y existencia de focos sépticos en todo diente muerto pese a toda ausencia de sombras peri-apicales radiográficas como posible expresión de reacción granulomatosa, e incluso en raíces con buen rellenamiento o restos radiculares aparentemente carentes de reacción. Es más, según SCHRÖDER, la existencia de un tejido de granulación, acusado o no radiográficamente (¡granulomas radionegativos!), es una garantía como barrera de protección a la penetración bacteriana. En efecto, dentro de las leyes más estrictas de la biología es lógico suponer que este medio defensivo del organismo ha de ser eficaz en la mayoría de los casos, puesto que los hallazgos anatomo-patológicos de

degeneración e infiltración hallados en los granulomas dentarios como posibles puertas de entrada de la infección en el organismo es problema a dilucidar y discutir de nuevo, dentro del concepto actual de la inflamación.

Por cuanto llevamos expuesto, queremos dar a entender, que el odontólogo en su afán informativo no ha de dejarse suggestionar únicamente por la positividad radiográfica de tal o cual sombra peridentaria, sino que ha de tener siempre muy en cuenta que el foco séptico puede existir en todo diente muerto espontáneamente u operatoriamente establecido. Esto amplía aún más los límites del dilema que todo odontólogo se plantea sin excepción cuando de foco séptico dentario acusado etiológicamente se trata, y más si tenemos en cuenta lo que en anteriores líneas hemos expuesto: por una parte, la circunstancia, de que hasta la fecha no hay posibilidad alguna diagnóstica que permita decidir la culpabilidad en una ciática de uno o varios focos sépticos dentarios; y por otra, la complicada patogenia y etiología de esta enfermedad que relega a segundo término la teoría focal de la infección al menos en la observación clínica corriente.

Como conclusión, insistimos que la compenetración entre el internista y el odontólogo ha de ser obligadamente estrecha ante el problema de diagnóstico etiológico de la ciática. Ni el primero puede exigir del segundo un informe depurado si no plantea ante él el protocolo clínico perfectamente orientado, ni éste podrá emitir correcto informe aunque con las naturales salvedades, si no tiene un conocimiento elemental de la patología funcional de los distintos órganos, aparatos y sistemas en posible o sospechada relación etiológica con las afecciones de los tejidos sometidos al cuidado de su especialidad.