

• ODONTOLOGIA Y OFTALMOLOGIA

por los

Dres. L. García Ballester y A. Poyales Ureña

La frecuencia con que en la literatura oftalmológica se alude a las relaciones entre afecciones oculares y procesos bucales, nos mueve a ocuparnos de este tema con el deseo de aportar nuevos datos referentes a materia tan discutida y de tanta trascendencia para las relaciones del odontólogo con los demás médicos generales y especialistas.

Como afecciones más frecuentes dentro del campo de la Oftalmología, a las que pudiera achacarse un origen focal, hay que señalar por orden de frecuencia: las iridociclitis, las neuritis, las queratitis, las episcleritis, algunas conjuntivitis, las parálisis y los espasmos. Dentro de las afecciones focales ocupan las afecciones dentarias casi los dos tercios de su totalidad.

Para nuestros fines vamos a describir el cuadro nosológico, la evolución y las consecuencias de un caso que hemos tratado en colaboración y del que hemos podido reunir mayor suma de datos.

Se trata de una enferma de 28 años, soltera, y en cuyos antecedentes familiares encontramos varios casos de reumatismo. Antecedentes personales, sin importancia, los de la infancia; algunas febrículas en la adolescencia sin manifestaciones visibles en pulmón ni en otros órganos. A los 20 años se le presentaron trastornos menstruales con amenorrea. Los demás datos de la anamnesis y exploración que pudieran tener algún valor aislado, iremos incluyéndolo en la descripción general.

Historia de la enfermedad.

1943. Diciembre, 10.—Se presenta el ojo derecho con una inyección conjuntival sin secreción y se diagnostica conjuntivitis catarral, tratándose con argirol.

Diciembre, 12.—La hiperhemia no cede; es vista por el Dr. Poyales; existe ligero dolor y, al examen microscópico con lámpara de hendidura, se observan numerosos leucocitos en humor acuoso. El iris aparece normal, criptas de Fuchs sin exudado. Se hace el diagnóstico de ciclitis

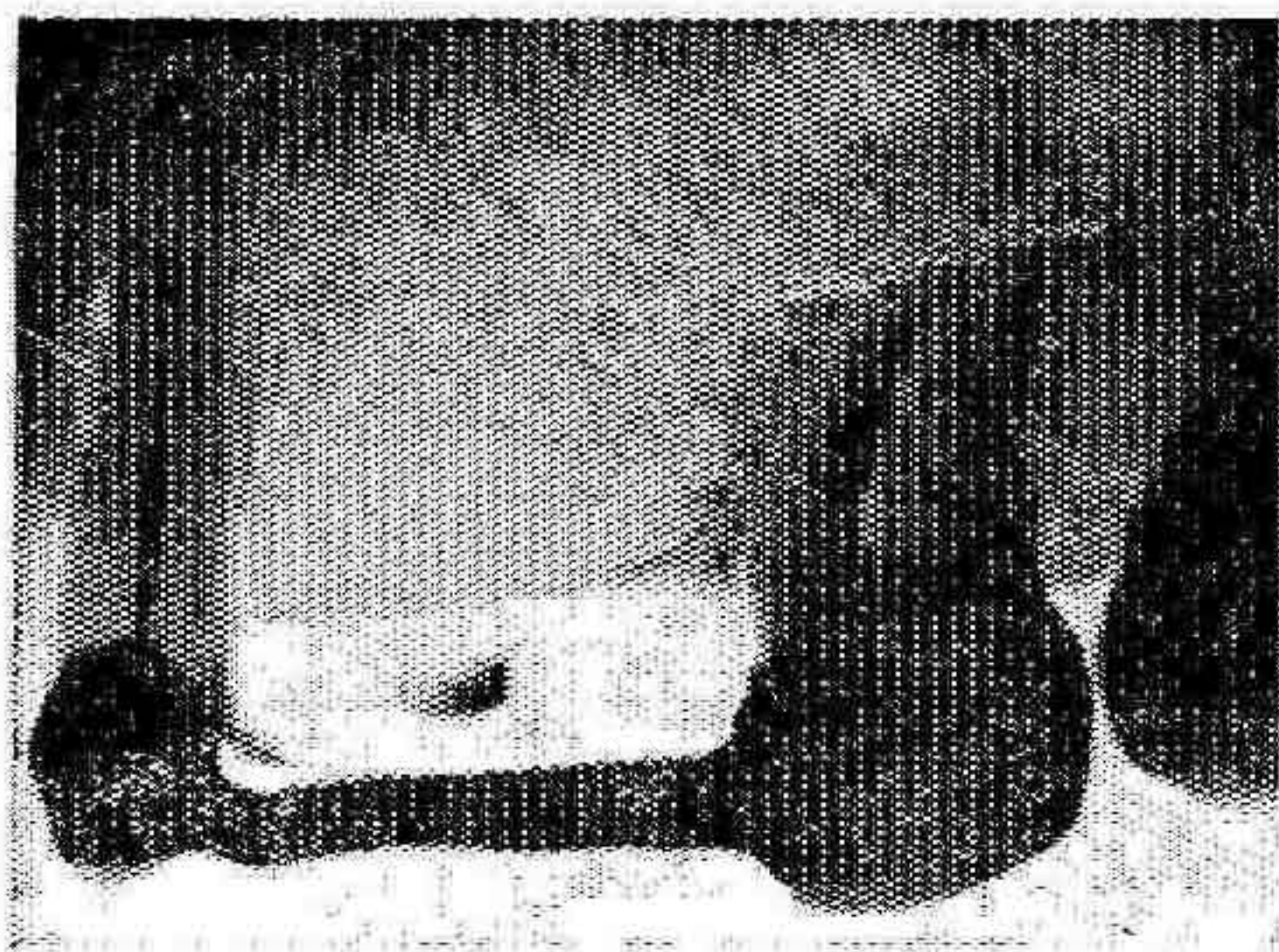


Fig. 1.—Radiografía del grupo 6, 5, 4, 3 superior derecho. Se aprecia una ligera zona de rarefacción periapical en el 3 y una sombra correspondiente al bloque de sarro.

serosa, e instituye un tratamiento atropínico, indicando la conveniencia de un examen por el odontólogo.

Diciembre, 13.—Exploración general de la enferma. Exploración radiológica de tórax, que arroja resultado negativo. Pruebas hemáticas con resultados normales. Velocidad de sedimentación normal.

Pensando en la posible etiología focal dentaria, se emprende la exploración clínica y radiológica de boca:

Radiografía del grupo 4, 5, 6, del lado izquierdo superior, por llevar una prótesis fija sobre el 6: resultado negativo.

Radiografía del grupo 2, 1, 1, 2, incisivos, por llevar sobre el 1, desvitalizado, una corona Jacket: resultado negativo.

Radiografía del grupo 6, 5, 4, 3, del lado derecho, por llevar una

prótesis fija apoyada en el 3 (desvitalizado) y el 6: resultado *rarefacción periapical* difusa y poco extensa en el 3 y una sombra como de sarro entre la base de la prótesis y la mucosa (fig.1.^a).

Diciembre 15.—El mismo tratamiento, más onda corta. Escasa variación en la semiología de la enfermedad.

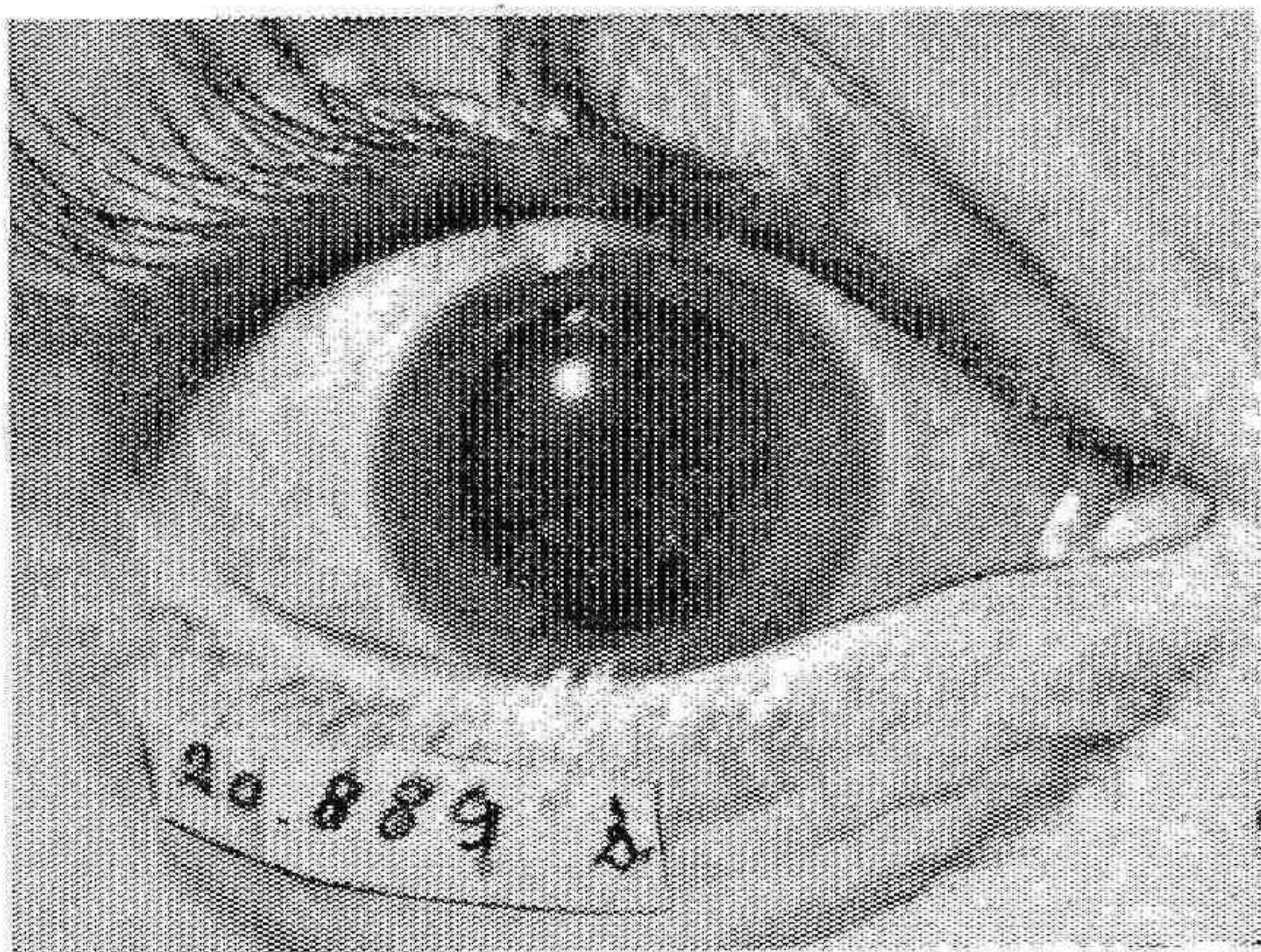


Fig. 2.—Fotografía del ojo derecho, efectuada seis horas antes de levantar el puente. Se aprecia con bastante claridad la vascularización conjuntival y el halo ciliar.

Diciembre 16.—A las seis de la tarde se levanta el puente: aparece un bloque de sarro adherido (la sombra que aparecía en la radiografía) y una ulceración correspondiente en la mucosa. Por otra parte, el pilar del 3 está casi del todo despegado y el relleno de la cámara pulpar y el conducto radicular, descompuesto, con olor pútrido y exudado. Se procede inmediatamente al vaciado y limpieza mecánica, lavando *sin presionar*, con agua, Perhidrol y alcohol, dejando abierto el canal.

Diciembre 17.—La enferma presenta una extraordinaria mejoría subjetiva y objetiva. El examen microscópico del ojo muestra cantidad mediana de leucocitos y exudado, desde luego menor que en días anteriores. Ha cedido la vascularización conjuntival en gran medida, perdurando la ciliar, que, sin embargo, ha cedido también bastante de ayer a hoy. La ulceración de la mucosa gingival ha desaparecido.

Tratamiento oftalmológico: el mismo.

Tratamiento odontológico: Colutorios astringentes con Odoseptil y mecha impregnada de Eugenol en el interior del canal.

Diciembre, 24.—Estado estacionario semejante al observado el día 17. Esto es: ligero halo de vascularización ciliar únicamente. No dolor. Ningún otro síntoma; el examen microscópico de cámara anterior da como

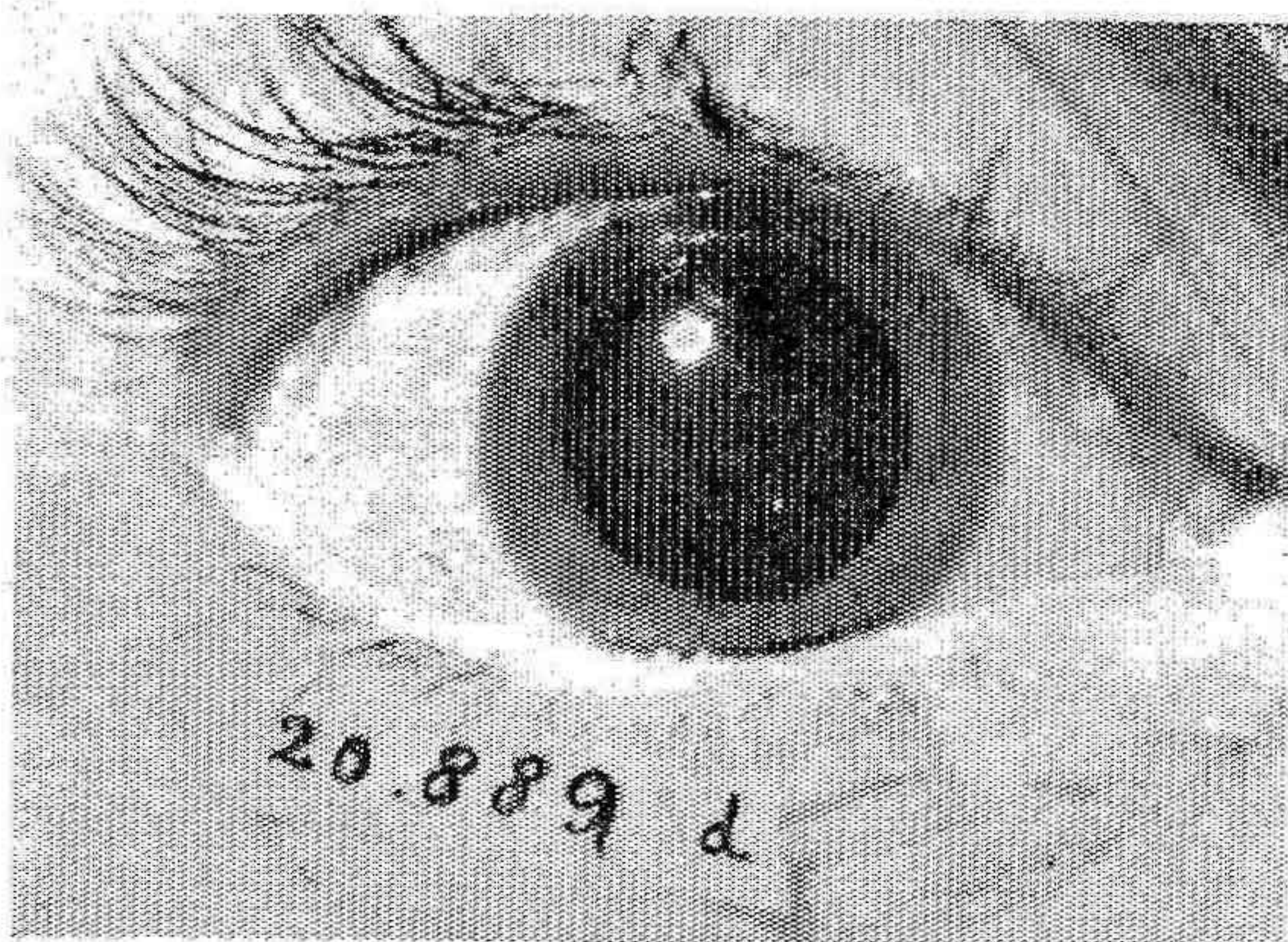


Fig. 3.—El ojo derecho dieciocho horas después de levantar el puente: los fenómenos vasculares han cedido casi totalmente.

resultado menor número de leucocitos, con tendencia progresiva a la desaparición. Cesa la aplicación de onda corta que se hizo desde el primer día. El resto del tratamiento oftalmológico, igual.

Tratamiento odontológico: Después de haber cambiado tres veces el apósito permeable hacemos hoy el relleno radicular con Trío-Pasta de Gysi momificante y punta de gutapercha.

1944. Enero, 4.—Lenta y progresivamente mejor. Atropina dos veces al día.

Enero, 7.—La enferma se disgusta, llora dos o tres veces durante el día y empeora; retorna la vascularización ciliar y conjuntival.

Enero, 11.—Ha seguido en aumento la vascularización ciliar y conjuntival. Otra vez onda corta. Atropina dos veces diarias. El examen microscópico del ojo derecho muestra, sin embargo, mejoría progresiva en cuanto a disminución del número de leucocitos, que casi han desaparecido.

Enero, 12.—Por la nueva semiología es diagnosticada de *conjuntivitis folicular atropínica*. En vista de ello se cambia la atropina por el Bromuro de Escopolamina y Argirol. Lenta mejoría de la conjuntivitis folicular.

Enero, 18.—En vista de la marcha tórpida y lenta volvemos a pensar en la intervención radical sobre el 3 (Apicectomía, ya que la extracción hubiera supuesto un trastorno en el orden estético, dada la edad y el sexo de la paciente). Volvemos a abrir el canal del 3, y con una sonda



Fig. 4.—El ojo derecho con el halo vascular ciliar.

dentro hacemos una nueva radiografía, que muestra una desaparición de la sombra de rarefacción del 3. Desistimos de la apicectomía, y pasados dos días,

Enero 20.—Hacemos nuevo relleno, previa limpieza escrupulosa.

Enero 21.—Han desaparecido todos los síntomas oculares subjetivos y objetivos. Se suspende toda medicación. Únicamente lleva la enferma gafas oscuras (midriasis: fotofobia), y el nuevo puente, ya terminado, es pegado provisionalmente con gutapercha.

Por otra parte, hemos podido observar un fenómeno, a nuestro juicio el más curioso, que consiste en lo siguiente: durante la construcción de la nueva prótesis (día 4 de enero y si-

guientes), al efectuar las maniobras de articulación, prueba, etcétera, y siempre que colocábamos la corona Jacket sobre el muñón del 3, la enferma se quejaba de molestia o dolor al penetrar el bordo de la corona por debajo de la mucosa cervical. Pues bien: coincidiendo con este dolor, apareció, en las dos o tres veces que se provocó, el *halo vascular ciliar* (fig. 4), para desaparecer de quince a treinta minutos después de cesar la causa irritante.

* * *

¿Qué podemos deducir de todo esto? Aparece un proceso cíclico del ojo derecho: sabemos que en la mayoría de los casos es rebelde al tratamiento, y que evolucionan lentamente. La etiología de estos procesos es algo confusa. Hemos señalado los tres orígenes más frecuentes: fímico, ovárico y focal dentario fundamentalmente, si bien no hemos de olvidar los demás posibles agentes focales: la amigdalitis críptica, las afecciones nasofaríngeas, la enterocolitis (apendicitis), las afecciones biliares y las afecciones urinarias (renales, vesicales y prostáticas).

En este caso el proceso aparece en el ojo derecho: no se encuentra más que en un foco, en este caso dentario y concretamente de un canino superior derecho (rarefacción periapical). Iniciado el tratamiento a los dos días de iniciarse la dolencia, a los pocos días se actúa sobre el diente en cuestión (3), trepanándole y estableciendo un drenaje. La ulceración gingival se deja que cure por sus propios medios una vez eliminado el factor irritante (sarro adherido a la base de la prótesis). A las quince horas se presenta extraordinaria mejoría subjetiva y objetiva. Cuando después de varios días se efectúa el relleno del canal y a continuación se vuelve a destapar, se observa de nuevo rápida mejoría. Cuando se irrita mecánicamente el *diente* (compresión sobre el muñón en sentido apical) y el *paradencio* (penetración submucosa del borde cervical de la prótesis coronaria), se produce inmediatamente la aparición del halo vascular ciliar, para volver a desaparecer de quince a treinta minutos después de cesar el estímulo.

A nuestro juicio, es evidente la influencia del órgano *diente* sobre el órgano *ojo*. Mas ¿cómo se establece esta relación? Cabe pensar en tres teorías:

1.^a *Teoría bacteriana o séptica*: El contenido séptico del canal radicular del diente da origen a una metastasis transmitida por vía hemática que, establecida en el ojo o en sus cercanías, origina una reacción vascular y la presencia de leucocitos en la cámara anterior del ojo (del mismo lado en este caso). Prescindimos de comentar ahora hechos análogos observados en otros pacientes, y que, según nuestros datos, han correspondido siempre respecto a homolateralidad.

Sin embargo, este caso no puede ser incluido en esta etiología. Las metastasis sépticas dan lugar no al cuadro de una ciclitis benigna, que simplemente con midiátricos se mantiene sin empeorar, sino al cuadro mucho más aparatoso de la endoftalmitis séptica metastática, dolor orbitario violento, enorme tumefacción de párpados (apenas si es posible abrir el ojo), hipopion, que frecuentemente ocupa toda la cámara anterior, y disminución de la agudeza visual, hasta tal punto que se puede decir que siempre se anula la percepción luminosa. Ya se comprende que ante este cuadro no hay nada que hacer, salvo aliviar los sufrimientos del enfermo y, como máximo, tratar de conseguir que el ojo no se transforme en un muñón atrófico doloroso.

Además, con esta teoría (séptica) no está muy de acuerdo, a nuestro juicio, el hecho de la rápida, casi instantánea, aparición del halo vascular ciliar a continuación de la irritación en boca.

2.^a *Teoría alérgica*: Es muy posible que en la zona de rarefacción apical de un diente existan bacterias que por su especial localización, en cierto modo aisladas del resto del organismo, actúen como sensibilizantes, bastando cualquier estímulo para que sus productos catabólicos actúen como desencadenantes del shock alérgico, en nuestro caso especial sobre el ojo. Habla en pro de esta concepción la indudable disposición alérgica de la enferma, confirmada por la producción de la

conjuntivitis folicular atropínica que, como sabemos, no es sino una reacción de la conjuntiva ante un alérgeno: la atropina. Mas aun, en este caso existe lo que llamamos especificidad de grupo; la conjuntivitis persiste aun después de cambiar la atropina por la escopolamina, a pesar de que sus fórmulas respectivas son un tanto diferentes.

3.^a *Teoría puramente nerviosa*: La irritación del paradencio (borde cervical de la prótesis coronaria), capaz de producir un dolor local, o la irritación de la zona periapical (compresión en sentido apical de la totalidad del diente), ¿podrían producir una irritación de terminaciones nerviosas, del simpático probablemente, que se tradujera en la aparición del fenómeno vascular ciliar?

Es muy probable.

Pero, en este caso, ¿por qué no se produce el mismo fenómeno siempre que se verifican las mismas condiciones?

Tengamos en cuenta a este respecto varias circunstancias:

1.^o No hay enfermedades, sino enfermos, y cada cual reacciona de una manera específica. No olvidemos, sin embargo, que las reacciones alérgicas y las neurovegetativas están íntimamente unidas. En un sujeto con fáciles reacciones alérgicas, simplemente por la irritación sensitiva de la piel, es posible producir una placa urticarial. Aquí podemos pensar en dos patogenias: o bien el trauma, por mínimo que sea, ha producido una desintegración proteínica, con aparición de sustancias histaminoides, o bien es la irritación sensitiva la que ha dado lugar a la aparición de las antedichas sustancias. En nuestra opinión, los influjos alérgicos tienen siempre una relación más o menos lejana con los nerviosos; todos sabemos que cuando queremos actuar inespecíficamente sobre un proceso alérgico, lo hacemos bien sobre el simpático (efedrina) o bien sobre la permeabilidad de la membrana (calcio), esta última también, a fin de cuentas, regulada por el sistema nervioso vegetativo.

2.^o El hecho de producir una irritación momentánea en el paradencio marginal o en el periapice, en cualquier boca, no