

INFECCION ORAL Y ENFERMEDAD

por el

PROF. DR. M. A. RUTHSON

M.A. Rushton

De la Universidad de Londres

En los últimos años se ha verificado en Gran Bretaña y Norteamérica un cambio considerable en la apreciación de las infecciones focales de la boca (Easlick, 1951; Festival Symposium, 1951; Rushton 1953). Este cambio no se refiere principalmente a la relación entre la salud bucal y la de todo el organismo, sino en cuanto a la creencia primitiva de que las infecciones focales de la boca son responsables de un gran número de enfermedades crónicas específicas. Dicha creencia actualmente no se acepta. No cabe duda alguna de que focos infectados en la boca pueden ser responsables de infecciones locales o de otras de mayor extensión, ya sea a través de los tejidos, como en la celulitis y osteomielitis, o bien a lo largo de las superficies mucosas—entre ellas las más importantes son las infecciones respiratorias—, ya sea a través de los vasos sanguíneos, como en el ejemplo clásico de endocarditis bacterial subaguda. Sin embargo, ya no se cree que afecciones tales como, por ejemplo, artritis, reumatismo muscular o nefritis se originen comúnmente por este camino. Ha sido imposible demostrar de una manera categórica la veracidad de que la endocarditis bacterial subaguda sea originada por infecciones dentales en un número crecido de casos, tal como fundamentalmente se ha creído hasta ahora. En estos casos, aunque todas las pruebas pueden reunirse para formar una historia consciente y verosímil existe la dificultad de demostrar que los estreptococos aislados en cultivos de sangre sean al mismo tiempo que los que pueden obtenerse de la boca (Farmer, 1953). Si por lo que se refiere a la endocarditis el asunto está todavía tan oscuro el número de otras enfermedades anteriormente imputadas a la infección focal ha disminuido considerablemente. Por ejemplo, la enorme experiencia adquirida, a costa de gran trabajo, sobre la supuesta relación causal entre la infección focal dental y varios tipos de artritis no ha añadido, después de tan largo tiempo, ningún apoyo sustancial a esta creencia. En conclusión; aunque desde el punto de vista teórico pueden admitirse esta y otras

relaciones entre focos infectados en la boca y otras enfermedades, en realidad dicha relación normalmente no se presenta o, en todo caso, es excepcional.

Sin embargo, cuando exponemos esta grave duda, nos referimos a la relación definida preconcebida entre un foco y una enfermedad, lo cual es algo distinto de suponer que la infección en la boca es un hecho al cual el resto del cuerpo puede quedar indiferente siempre. Existen pruebas sacadas de enfermedades en las cuales la necesidad de un tratamiento específico puede estimarse cuantitativamente, tales como diabetes mellitus y tirotoxicosis, y de que tales enfermedades se agravan con la presencia de focos infectados en la boca o en cualquier otra parte. Y aunque no se tiene una prueba cuantitativa, está de acuerdo con la experiencia y es razonable pensar que en las personas con infección oral sustancial empeora su estado general de salud y están más propensas a enfermar. La reacción del organismo a las infecciones agudas en la boca es parecida a la producida por una infección aguda en cualquier otra parte, y no hay ninguna razón para creer que una infección crónica en la boca produzca resultados distintos a los producidos por una infección crónica en otra parte del cuerpo. Así, pues, los dentistas actúan basados en la suposición de que la infección de una estructura oral es dañosa, aunque probablemente no es la causa de la mayor parte de los males que anteriormente se le atribuían. Tales infecciones, por lo tanto, deben prevenirse o curarse y la tendencia moderna está en incrementar la prevención.

El haber aprendido los dentistas a perfeccionar más y más sus técnicas para evitar los focos de infección crónica es el feliz legado de un período en el cual toda clase de enfermedades se atribuían a la sepsis oral. Para emplear estas técnicas con los mejores resultados es esencial que se reconozcan pronto las afecciones, y esto significa que deben educarse los pacientes que se presenten a exámenes regulares. Cuando la pulpa dentaria se ha mortificado, o bien cuando exista enfermedad periodontal, la cirugía local, como la apicectomía y gingivectomía, puede en muchos casos prevenir completamente la extensión de la infección a otras partes, y sólo cuando las lesiones locales son muy extensas debe emprenderse una cirugía radical.

El cambio es más señalado en aquellos pacientes que, sufriendo alguna dolencia general, no muestran ninguna prueba de enfermedad activa en los dientes, encías o maxilares. Originariamente, el dentista

estaba dispuesto a aceptar que pequeñas variaciones en el aspecto radiológico pueden ser de gran importancia. Ahora se sabe que en muchos casos este aspecto indica meramente la reacción de un hueso sano frente a distintas clases de perturbación. Por lo tanto, antes de tomar ninguna medida drástica, el dentista debe estar convencido de que existe en realidad una infección intratable por métodos conservadores. Asimismo, el médico debe convencerse de que la afección general del paciente sea de aquellas que se ha demostrado, por lo menos algunas veces, que son producidas por la extensión de una infección de la boca. Y aquí debemos admitir que un número de enfermedades que anteriormente se atribuían a sepsis bucal, ignorando su verdadera etiología, se ha demostrado que tienen otras causas y que son susceptibles de un tratamiento racional. En tercer lugar, debe suponerse que si la enfermedad general es realmente el resultado de la extensión de la infección bucal, debería aliviarse temporalmente con el uso de los antibióticos apropiados; si no se alivia, es poco probable que mejore permanentemente con las extracciones, y menos aún que se beneficie de la extracción de hueso alveolar.

En general, puede decirse que el dentista trata actualmente las lesiones locales individualmente, dando por sentado que la salud de la parte es esencial para la salud del todo. Con un cuidado regular de la boca y buena odontología, los focos de infección bucales serán raros. Cuando existen pueden ser frecuentemente remediados por métodos conservadores o por cirugía limitada. Enfermedades coexistentes en otras partes del cuerpo es probable que se beneficien con la restauración de la salud bucal, pero ya no se admite que la infección oral fuese la causa de aquellas enfermedades.

(*per.* "Int. Dent. J.", 1, 1955.)

(Siguen cuatro referencias bibliográficas.)

LENTES DE SOL. — *Ventajas e inconvenientes*

En un extenso estudio de este asunto, que cada día adquiere más importancia dado el gran uso y las corrientes de la moda, llega el autor a las conclusiones siguientes:

1.^a En la vida cotidiana la luz solar o artificial no producen lesiones en la vista.

2.^a Es ventajoso llevar gafas de sol protectoras en los baños de sol, deportes acuáticos y de invierno, especialmente de alta montaña, frente a irradiaciones fuertemente deslumbradoras y simultáneamente intensas ultravioletas; también en la tendencia a la migraña y, a veces, en los ojos enfermos y sensibles a la luz durante los deslumbramientos fuertes.

3.^a Es una desventaja, en cambio, llevar largo tiempo y por costumbre, lentes oscuros, cuando falta el deslumbramiento intenso. La adaptación no natural a la oscuridad conduce en estos casos, en medida creciente, sobre todo en personas sensibles y lábiles vegetativas, a una hipersensibilidad, fotofobia y, finalmente, al uso permanente e inevitable de las gafas protectoras. Especialmente en los niños, hay que evitar por todos los medios la formación de fotofobia debida a los lentes oscuros.

4.^a La adaptación continua a la oscuridad también puede ser desventajosa al restringirse la regulación normal de las funciones vegetativas por los impulsos lumínicos, las que transcurren a través de los haces fibrosos de los nervios visuales.

5.^a Las gafas protectoras sólo ligeramente coloreadas y con especial capacidad de absorber las radiaciones ultravioletas o también las ultrarrojas, no poseen ventajas comprobadas en comparación con los cristales corrientes ligeramente coloreados.

6.^a Las personas de vista sensible o cansada consideran agradables las gafas protectoras levemente coloreadas y absorbentes del ultravioleta, por ejemplo, en la iluminación moderna fluorescente, ventaja que no se refiere a la absorción del ultravioleta, sino más probable a la ligera coloración, la que produce un amortiguamiento de la luz.

7.^a Las personas con vista cansada, especialmente con tendencia a blefaritis y cefalalgias, no deben llevar sin más ni más unas gafas protectoras oscuras, sino que deben ser examinadas por un especialista.

8.^a Los reclamos de gafas de sol para protección contra irradiaciones "dañinas" de todas clases es perjudicial y debe prohibirse, pues despierta con ella una radiofobia inmotivada.