

URTICARIA INFECCIOSA DE ORIGEN DENTARIO

por

R. FROUCHTMAN

Clínicamente se viene observando cómo los focos de infección crónica pueden constituir factores de gran importancia en el origen de diversas alergopatías, si bien en nuestra experiencia esta etiología es particularmente frecuente en la urticaria y en el edema angioneurótico.

Numerosos autores (URBACH, GAY PRIETO, JIMÉNEZ DÍAZ, FINK y STONES, etc.) han llamado la atención sobre esta frecuente etiología focal de la urticaria. En nuestra casuística y revisando los datos obtenidos en un grupo de 97 enfermos en los cuales pudo determinarse la causa fundamental, vemos que 34 casos (11 varones y 23 mujeres) tenían un origen infeccioso de localización diversa (oídos, amigdalas, intestinal, dentario, etc.), probando con ello la importancia patógena de la infección focal en la urticaria, modificando la modalidad reaccional del organismo o produciendo sensibilizaciones bacterianas sobre las cuales se sumaran luego otras posibilidades disreactivas.

En esta comunicación queremos llamar la atención, por su gran interés y frecuencia, sobre la importancia de la septicidad dentaria, ya que pudo demostrarse tal origen en quince casos, o sea en un 44 por 100 de las urticarias infecciosas (15,4 por 100 de la totalidad), confirmando con ello el destacado papel del foco dentario como factor etiológico en las urticarias infecciosas.

Los focos de infección dentaria hallados han sido: Piorrea alveolar, periodontitis, raíces retenidas, granulomas, caries profundas, supuraciones a través del conducto dentario o a través de los tejidos peridentarios, afecciones a veces con trayectos fistulosos y a veces disimuladas por una prótesis.

El estudio microbiológico de algunas piezas extraídas ha mostrado un evidente predominio de estreptococos, especialmente el viridans además de asociaciones con gérmenes diversos, a veces anaerobios, y las pruebas intradérmicas con emulsiones estreptocócicas suelen ser positivas.

Sirva de ejemplo uno de nuestros casos con una púrpura anafiláctica. Se trata de una mujer de treinta y siete años, con historia familiar y personal migranoide. Hace once años sufre su primer brote tí-

pico con petequias diseminadas, encías sangrantes y hematuria. Pasó luego varios años sin accidentes, hasta que un día al serle extraída una muela sufre una hemorragia que obligó a practicar un taponamiento; es de señalar que otras exodoncias anteriores a su primer accidente eruptivo no tuvieron consecuencias. Después de unos años reaparecieron sus episodios eruptivos cada vez con mayor frecuencia, no eran provocados por ningún agente extrínseco y siendo una vez necesario practicarle una transfusión sanguínea, a causa de una intensa menorragia. El examen dentario reveló la presencia de varios granulomas, raíces retenidas y abundante sarro. Practicadas las extracciones, la enferma no ha vuelto a aquejar ningún síndrome purpúrico. El análisis bacteriológico de las piezas dentarias demostró un predominio absoluto del estreptococo viridans, además de otros gérmenes de asociación de diverso tipo.

Hemos referido este caso para llamar la atención sobre los accidentes que pueden ocurrir en sujetos afectos de una alergosis de origen dentario, ya que la movilización del foco causal puede ocasionar accidentes, a veces graves, si no se ha tenido en cuenta esta posibilidad etiológica. Precisamente la reactivación determinada por la extirpación del foco o por una sobredosificación de autovacuna focal, produciendo una intensa erupción urticariana o edema a. n., constituye una prueba más del origen dentario de estas dermatopatías alérgicas, accidentes que pueden evitarse por la previa administración de penicilina. En tres de nuestros enfermos, la aplicación de este antibiótico logró la desaparición de los brotes durante unos días, en los cuales pudieron practicarse las extracciones sin consecuencias.

Esta forma de urticaria de origen dentario no presenta caracteres especiales en cuanto a su morfología, localización o modalidad evolutiva, si bien los brotes parecen tener una preferente aparición por la mañana al levantarse y por la noche, además de los brotes desencadenados por otros factores generalmente extrínsecos y que suelen ejercer su influjo urticarígeno mientras persiste el factor infeccioso. En algunos de estos casos las erupciones aparecían después de las comidas, dando lugar a una falsa orientación etiológica hacia un posible origen alimentario que no pudo comprobarse; se trataría de un efecto movilizador de gérmenes debido a la masticación, causa mecánica de exacerbación del foco infeccioso.

La urticaria infecciosa dentaria puede aparecer en todas las edades, pero con preferencia en la edad adulta, siendo las piezas más cuentemente afectadas los premolares, molares y los caninos.

El comienzo de estas urticarias suele ser indeterminado o bien el primer brote ocurre después de ingerir una droga o un alimento hasta

entonces tolerado; después de este primer accidente las erupciones se repiten con ritmo diverso, a veces en relación con causas determinadas.

En todos estos casos la eliminación del o de los focos dentarios, asepsia de la boca, seguida en ocasiones de la aplicación de antibióticos o de la desensibilización bacteriana, trajo consigo la curación, así como la tolerancia a los agentes antes urticarígenos a excepción de los medicamentos, que suelen conservar su influencia patógena. Pero es de advertir que en otras urticarias tal supresión focal no produjo mejoría alguna, con lo cual se nos plantea la dificultad de determinar en cada caso si un foco dentario actúa como factor etiológico de esta alergopatía cutánea. La variada etiopatogenia de la urticaria hace que el problem deba resolverse en cada caso teniendo en cuenta esta multiplicidad etiológica. El médico practicará un cuidadoso examen de la dentadura, y frente a cualquier sospecha debe recurrir a la necesaria colaboración del odontólogo. En el diagnóstico de los focos infecciosos el médico debe pensar en la posible etiología focal dentaria, teniendo en cuenta que no se trata siempre de una infección ostensible, evidente, sino que muchas veces son focos ocultos, asintomáticos o con una escasa sintomatología clínica de repercusión focal; ni la fórmula sanguínea, ni el recuento leucocitario, ni la V. S. G. (muchas veces retardada, como pudimos demostrar en una revisión de las alergosis de origen focal), suelen contribuir en este diagnóstico. En principio consideramos como sospechosas las piezas enfundadas, por enmascarar y dificultar muchas veces el diagnóstico clínico de las piezas que las soportan, las raíces retenidas y los dientes muertos, así como el antecedente de afecciones dentarias de repetición y los trastornos de pericoronaritis, tan frecuentes en las erupciones de los cordales inferiores.

Por parte del odontólogo será necesario un examen minucioso, aún en aquellos dientes en apariencia bien cuidados: sensibilidad al calor, al frío, zonas dolorosas, etc., y, por último, la radiografía. Sin pretender ser radicales en nuestras decisiones, los odontólogos deben convencerse que la presencia de una afección dentaria evidente, aún localmente asintomática, puede tener gran importancia etiológica en el origen de múltiples afecciones secundarias a la infección focal, entre las cuales ocupan lugar destacado la urticaria y el edema a. n.

RESUMEN

La modalidad infecciosodentaria de la urticaria ocupa un lugar importante, ya que en una revisión realizada entre 97 urticáricos, este origen aparece en un 15,4 por 100.

Los focos de afección dentaria hallados han sido: Piorrea alveolar, periodontitis, raíces retenidas, granulomas, caries profusas, supuraciones a veces con trayectos fistulosos, etc.

Se llama la atención sobre los accidentes que pueden provocar las exodoncias en los urticáricos, ya que la movilización del foco causal puede ocasionar intensas reacciones urticarianas o incluso más graves, como en un caso de púrpura anafiláctica que se cita. Esta reacción focal puede evitarse por la previa administración de penicilina, que en algunos casos logra yugular una urticaria o un edema a. n. de origen infeccioso de localización dentaria. (per Med. E., 101, 1951.)

Investigaciones bacteriológicas sobre los canales radiculares infectados.—

Mose y Wachler. Schw. Monats. Zahn., vol. 59, pág. 35.

En un examen bacteriológico aséptico de 100 granulomas procedentes de resecciones apicales ejecutadas inmediatamente después de la obturación de los canales se deduce que el 100 por 100 contienen microorganismos. Estudiaron los microbes de la región periapical de dientes con pulpa infectada después del tratamiento con tricresol-formol y obturación de los canales radiculares.

Más tarde se practicó resección apical; se controló la permeabilidad de la obturación radicular, deduciéndose que una obturación hecha solamente con cemento siempre ha sido permeable, mientras que una obturación con cemento y conos de gutapercha, en que el cemento sirve solamente para aislar en capas delgadas las paredes del canal radicular, es impermeable. Las obturaciones con gutapercha sola ocasionaron cierre imperfecto del canal.

El control radiográfico de 180 casos de dientes con pulpa infectada y con focos periapicales, cuyos canales radiculares habían sido obturados de dos o cuatro años antes con cemento y conos de gutapercha, mostró que en el 11 por 100 de los casos estos focos observados antes de la obturación no sufrían cambios. En el 3,8 por 100 los focos habían disminuido y no subsistía más que un ligero sombreado alrededor del relleno radicular que sobrepasaba el ápice; en el 15,6 por 100 los resultados eran dudosos y en el 68 por 100 los focos habían desaparecido por completo. La mayoría de los fracasos han sido causados por rellenos radiculares incompletos. El 90 al 100 por 100 de granulomas que provienen de canales radiculares obturados incompletamente contienen predominio de estreptococos. El éxito del tratamiento de canales radiculares depende de un completo relleno radicular. Las puntas de gutapercha, cementadas en el interior de los canales representan un relleno impermeable, mientras que el cemento o la gutapercha solos no son rellenos satisfactorios. El control radiográfico muestra un 85 por 100 de éxitos. El desinfectante utilizado fué el tricresolformol. El requisito previo al relleno radicular fué una prueba bacteriológica negativa. La experiencia ha demostrado que el paso de bacterias a la corriente sanguínea cesa en el momento que se rellena el ápice de los dientes.—J. Font.