

Ligeras consideraciones sobre la septicidad buco-dentaria y las afecciones generales

Los progresos de la Estomatología, en estos últimos años, tratan de poner en claro la influencia de los focos de infección de la cavidad bucal y de los dientes en la patogenia de diversas afecciones de orden médico-quirúrgico, cuya etiología, si bien antes sospechada y admitida por observadores eminentes, no llegó, sin embargo, a ser bien acogida por un buen número de profesionales.

Chassaignac fue el primero que, en 1859, señaló las consecuencias graves de la septicidad bucal cuando creó la expresión de *caquexia bucal* aplicada a los fenómenos de envenenamiento de la sangre observados a consecuencia de fracturas complicadas del maxilar inferior o de complicaciones de la caries dentaria. Richet, en 1865, al hablar de la *intoxicación pútrida*, admitía la septicemia consecutiva a las operaciones en la boca o de las fracturas de los maxilares. Lejars, en 1895, a la manera de Chassaignac, dio el nombre de *caquexia dentaria* a los accidentes infecciosos graves consecutivos a lesiones buco-dentarias. Sebileau, en su muy importante comunicación al Congreso Internacional de Medicina de 1900, estudiaba las *diferentes formas de septicemia bucal* de forma grave. Luego se publicó un traba-

jo de Henry Ferré sobre las *infecciones secundarias de origen bucal*. Mientras tanto I. Jacquet realizaba una serie de investigaciones sobre los fenómenos patológicos debidos a la *repercusión de las irritaciones gingivo-dentarias*; y Julien Tellier (de Lyon), en 1906, hizo un magnífico estudio de conjunto sobre la materia, creando, desde entonces, la expresión característica de *septicidad buco-dentaria*.

Desde ese tiempo se han publicado numerosas observaciones periódicamente: la experimentación toma a su cargo cuestión tan importante; la bacteriología de la boca es estudiada en todos sus detalles; y, paralelamente a las investigaciones de laboratorio, la clínica aporta su tributo al estudio de las infecciones de origen buco-dentario.

Entre las formas de septicemia bucal William Hunter señala desórdenes gástricos, trastornos del sistema nervioso, etc., que no revisten mayor gravedad. Y Julien Tellier demuestra que, además de las formas ordinariamente mortales, existen otras medianas de pronóstico, sin embargo, todavía serio. Así es como este investigador, al reanudar el estudio de tan interesante punto en 1906, pone de manifiesto las consecuencias de la septicidad buco-dentaria, en todo el organismo, ocasionadas por periodontitis supuradas, abscesos alveolares de la región periapical, infecciones de la encía tan comunes alrededor de los dientes y de las raíces cariadas, como también de las raíces cortadas al ras de la encía, infecciones favorecidas por la presencia de aparatos protésicos mal ajustados o simplemente sucios: consecuencias múltiples y de localizaciones variables en los tejidos vecinos, en los órganos a distancia o sin localización apreciable; complicaciones paradentarias como abscesos, fístulas, sinusitis, adenitis, osteitis, linfocelulitis, estomatitis, amigdalitis, etc.; afecciones del tubo digestivo, de las vías respiratorias, fiebres *oscuras*, septicemias *criptógenas*; complicaciones cardiacas y vasculares, endocarditis, flebitis, reumatismos infecciosos, diabetes, etc., etc.

Sin concederle todavía mayor importancia, y como resultado de tan diversas publicaciones, se volvió clási-

ca la existencia de la septicidad buco-dentaria al reconocerla un gran número de médicos y estomatólogos, entre cuyos trabajos e investigaciones se distinguían los de Frey, Lemerle y Lebedinsky, en Francia, y los de Moritz, Dieck, Bettmann, von Mering, Kron y Feiler, en Alemania.

A partir de 1911, se observa un cambio muy notable, a lo menos en cuanto se refiere a Inglaterra y los Estados Unidos. En una alocución dirigida por el Profesor William Hunter (1) a los estudiantes de la Facultad de medicina de la Universidad de Mac Gill de Montreal, y en la cual insiste sobre la gran influencia de la infección en Patología, se expresa con estas palabras: «El origen *principal* de esta infección es la cavidad bucal: no ya la infección de las amígdalas o la para-amigdaliana, sino, sobre todo, las lesiones infecciosas de la región gíngivo-dentaria, la septicidad asociada a las lesiones de los dientes, a la piorrea alveolar y, principalmente, a la caries dentaria y sus complicaciones». Pero, además, insiste en que las lesiones infecciosas son mucho más frecuentes alrededor de dientes tratados por caries penetrante y alrededor de raíces que sirven de soporte a los mejores trabajos, como el de coronas, el de puentes etc., que constituyen, menudo, «un verdadero mausoleo de oro sobre una masa de infección»; ya que, a diario se puede comprobar los efectos nocivos bajo el punto de vista de la salud general».

Las opiniones de Hunter encontraron adversarios y defensores. La profesión médica de los países de lengua inglesa, en general, las aceptó con entusiasmo, y apenas hubo enfermedad manifiestamente infecciosa que no se la atribuyera a la septicidad buco-dentaria. Los dentistas más autorizados reconocieron lo que había de evidente en las críticas de Hunter, y emprendieron, con franca resolución, el estudio del problema bajo el doble

(1) William Hunter, The role of Sepsis and of Antisepsis in Medicine.—The Lancet, 1911.—W. Hunter es un eminente médico inglés, profesor de Patología en The Charing Cross Hospital de Londres.

punto de vista teórico y práctico, sin que los resultados se hiciesen esperar en uno y otro terreno. Médicos y Cirujanos se dedicaban al estudio e interpretación de las observaciones: empezaron por examinar la boca de todos sus enfermos de una manera sistemática, y, como un gran número de ellos desconfiase de sus conocimientos en Patología Dentaria, se preocuparon de objetivar los resultados de los exámenes que practicaban por medio de la radiografía de la boca y de los dientes, ejecutada, también sistemáticamente, en todos sus pacientes. Así es como William Duke, en una serie de mil enfermos, pudo recoger mil radiografías del sistema dentario. Rosenow, jefe del laboratorio de Bacteriología de la clínica quirúrgica de los hermanos Mayo en Rochester, demuestra eficientemente, por el examen microscópico, por el cultivo y la inoculación a los animales, la naturaleza infecciosa de los focos localizados en la región peri-apical de los dientes, cuya existencia es más difícil descubrir y que constituyen lesiones del cemento de la raíz, del ligamento alveolo-dentario y del tejido óseo alveolar, formando verdaderas *áreas infecciosas* en la vecindad de esta región. En ellas ha comprobado la presencia de numerosas especies microbianas con el predominio de los estreptococos que, inoculados a los conejos, han provocado lesiones de las diversas serosas, de los músculos, de las vainas nerviosas, de los riñones y aún de la misma pulpa dentaria.

En la actualidad, se trata de establecer por la experimentación, y talvez definitivamente, la relación entre las lesiones peridentarias y un cierto número de manifestaciones patológicas infecciosas. Los mismos hermanos Mayo han confirmado la realidad de estas infecciones, hasta el punto que uno de ellos dice así: «La medicina preventiva del porvenir la realizarán los estomatólogos».

Por consiguiente, las críticas de William Hunter tuvieron por resultado la investigación y el estudio de las afecciones de los dientes y sus complicaciones en relación con las enfermedades generales. Que hubo y hay exageraciones evidentes sobre el número y la importancia de las manifestaciones sépticas generales, que

provienen de esos focos latentes, no es para negarlo, puesto que su verdadera relación bien puede decirse que no se halla todavía científicamente demostrada. Pero nadie pone en duda que todo el interés actual de la cuestión gira al rededor de esos focos apexianos latentes y desconocidos que son, en último término, el resultado de la mortificación pulpar.

Admitida ya, y casi de una manera concluyente, la existencia de los focos de infección periradiculares, ya sean primitivos o secundarios, se comprende por qué se atribuye a la presencia de éstos, y más generalmente a todos los modos de septicidad bucal, la aparición de un gran número de manifestaciones infecciosas generales y trastornos funcionales de orden diverso. Y no siendo posible describir, de una manera detallada, esas múltiples afecciones provenientes de tales causas, se puede, sin embargo, analizar un cierto número de las que se han observado con relativa frecuencia, puesto que la lista aumenta cada vez más.

En primer lugar, los efectos más constantes de la septicidad dentaria se traducen por un malestar del paciente que se revela por fatiga, abatimiento, cansancio y una sensación de vaga impotencia. Esta sensación de incapacidad atribuyen algunos pacientes a un envenenamiento, y su expresión no deja de ser exacta. Tales desórdenes pueden existir solos o dar lugar a efectos secundarios más sistematizados, p. ej.: un ligero grado de rigidez de algunas articulaciones o aponeurosis, con dolores fugaces en estas regiones; alteraciones cardíacas funcionales, como palpitaciones y otros cambios en el ritmo del corazón.

El grupo más común de estas alteraciones puede decirse que lo forma el reumatismo crónico, el lumbago, las mialgias, la esclerosis y la artritis. En esta serie de afecciones, más que en otra alguna, son los dientes y las encías el sitio de la invasión microbiana, pues es un hecho que la frecuencia de los ataques de gota aguda en las personas predispuestas se halla influenciada por la presencia de la septicidad dentaria: esto se comprueba por su disminución al suprimir la causa.

Otra manifestación frecuente de la septicidad dentaria es la neuritis. La ciática y la neuritis braquial son las formas más comunes debidas a esta causa y que actúa más que otra como factor principal.

La anemia es uno de los estados morbosos que más se ha relacionado con la infección de los dientes, como lo prueban las observaciones de Hunter y de sus colaboradores. Pueden aparecer todos los grados de anemia y, a veces, la anemia perniciosa.

La fiebre es uno de los efectos más importantes de la septicidad dentaria. En algunos casos, ella y sus resultados inmediatos son las únicas consecuencias de dientes sépticos, sin que se pueda descubrir ningún otro signo en el paciente.

La septicidad dentaria determina inflamaciones diversas de los ojos que no pueden atribuirse a otra causa. De éstas la más importante es la iritis recurrente, afección tan seria que se atribuye a menudo a la gota o a una antigua uretritis, cuando en realidad, no depende sino de una infección estreptocócica crónica de dientes muertos.

Lesiones variadas de la piel reconocen por causa la septicidad dentaria: el acné rosáceo, el eritema, la urticaria y el eczema son los más frecuentes. No es raro observar en un paciente la desaparición de una placa eczematosa rebelde, con ocasión de haber practicado la asepsia buco-dentaria con un objeto distinto.

La propagación directa de la septicidad dentaria a los tejidos de vecindad es origen frecuente de naso-faringitis y sinusitis crónicas. A la misma causa se ha relacionado un buen número de bronquitis, neumonías y bronco-neumonías infecciosas. Aún se ha señalado el asma, cuyo estado paroxístico cesa o se atenúa cuando mejora la condición séptica de la boca.

Asociadas a la septicidad dentaria se observan ciertas alteraciones funcionales del corazón que se acompañan de un malestar indefinible. Algunas veces sucede que el paciente experimenta tal sensación de desfallecimiento que se hace muy difícil determinar si proviene de una insuficiencia cardiaca o si todo ello es la consecuencia de la absorción de gérmenes sépticos. Otras



veces ocurre que hay alteración valvular y, entonces la dificultad se vuelve mayor, y, tan solo la experimentación, es decir el tratamiento completo de la septicidad bucal, puede resolver el problema. En ocasiones la palpación puede ser más dolorosa y asemejarse a una verdadera taquicardia. Existen casos comprobados de endocarditis ulcerosa, aguda y crónica, consecutivos a la extracción de dientes cariados; y como los microorganismos encontrados con más frecuencia, en los casos crónicos, son los estreptococos salivares, es necesario admitir la importancia de la asepsia buco-dentaria en el tratamiento preventivo de las afecciones valvulares.

Con relación a los trastornos gastro-intestinales, puede decirse que su frecuencia no es, como generalmente se supone, el resultado de la septicidad dentaria. La infección bucal, no juega, tal vez, en los desórdenes digestivos, un papel tan importante como la ausencia de los dientes y las dificultades consecutivas de la masticación. Cabe, en este caso, observar que si en realidad algunos individuos ingieren una cierta cantidad de secreciones purulentas, los resultados sépticos por deglución son casi insignificantes comparados con los que se producen por la absorción directa del pus al nivel del ligamento alveolo-dentario.

De lo expuesto anteriormente se deduce que diversos estados morbosos coinciden con la septicidad dentaria y pueden ser atribuidos a ella. Pero este término genérico de septicidad dentaria se halla estrechamente relacionado con tres afecciones principales: la caries dentaria, la inflamación del ligamento alveolo-dentario y la septicidad asociada con los *dientes muertos*, ya sea por devitalización de la pulpa o a consecuencia de pulpitis o de pulpitis endógena.

Las caries dentarias dan lugar a la odontalgia, síntoma que resulta de la infección pulpar, la periodontitis o al absceso alveolar. Su diagnóstico no presenta la menor dificultad. Otros síntomas o complicaciones como, por ejemplo, las neuralgias de localización diversa, contracturas y parestias musculares exigen siempre un examen detenido del sistema dentario.

La artritis alveolo-dentaria, o vulgarmente piorrea, reviste mayor importancia para el médico observador puesto que su presencia puede ser y es generalmente desconocida por el paciente. La caries dentaria es dolorosa, al paso que la piorrea no atrae la atención hacia los dientes.

Los *dientes muertos*, ya se encuentren recubiertos de coronas o perfectamente obturados, son los que, al igual o más que los atacados de piorrea, pueden causar trastornos generales que conducen, sobre todo, a la inflamación crónica de los tejidos fibrosos y de las membranas serosas. Así es como pueden explicarse esas diferentes manifestaciones reumáticas, como también la esclerosis, ciertas neuritis y, especialmente, aquellos casos crónicos y de marcha progresiva de artritis múltiples consecutivas a la septicidad dentaria. La mayoría de estos casos son de origen estreptocócico y el tipo de microbio no es el de la supuración aguda, sino el estreptococo salivar; una variedad de estreptococo de cadena corta que se encuentra en las raíces mismas de los dientes devitalizados y, algunas veces, ocultos en los sacos fibrosos adherentes al apex. El proceso patológico se continúa al nivel de las raíces de los *dientes muertos* produciendo la esclerosis de los tejidos vecinos exactamente como tiene lugar en las articulaciones, las aponeurosis y las vainas de los troncos nerviosos. Durante estas modificaciones patológicas la supuración puede ser escasa o faltar aún, en absoluto: al parecer no existe la infección y se traduce, únicamente, por el proceso de esclerosis. Sin embargo, es suficiente el frote sobre una capa de agar-agar de una asa de platino que se aplique sobre el saco adherente de una raíz extraída para que se produzca un cultivo de estreptococos, puro y abundante. Esto mismo prueba el error en que se incurre al suponer que la supuración es indispensable y necesaria para mantener un proceso infeccioso. La Bacteriología misma ha demostrado que hay dos condiciones en las que la supuración puede faltar por completo y que, no obstante, los microorganismos, ordinariamente piógenos, al saturar la economía con sus toxinas, producen, directamente, enfermedades de las más graves.

La primera condición tiene lugar cuando la infección es fulminante: entonces, los microbios presentan una virulencia tan extraordinaria que destruyen los tejidos sin darles tiempo para la menor resistencia.

La segunda, se verifica cuando los microorganismos tienen una débil virulencia; entonces actúan lentamente, y la reacción de los tejidos, ante la infección prolongada, es más bien de naturaleza constructiva que destructiva. Este estado coincide con algunos casos de *dientes muertos* cuyas raíces están afectadas por el estreptococo salivar.

Así se explica por qué los procesos tóxicos, tales como la artritis, a menudo son consecutivos a una infección no supurada cuando el foco microbiano se halla en íntimo contacto con la corriente circulatoria, como sucede en la región de las raíces de los dientes; mientras una supuración franca puede permanecer en la superficie de las encías, en el seno o en los fondos de saco provistos de una puerta de salida para los productos tóxicos, sin inconveniente notable para la salud general. El peligro resulta de la cantidad de toxinas absorbidas por la circulación y no de la que se forma en el sitio de la infección. En otros términos: el grado de ésta puede ser ligero, pero la intoxicación grave y entonces la salud se altera; o el grado de infección puede ser exagerado y la intoxicación benigna, sin que se altere la salud general. Este hecho explica la observación frecuente de una boca sucia, llena de dientes movedizos y completamente sépticos, en una persona de salud perfecta, en apariencia. Pero este mismo hecho, explica también que una boca limpia, declarada por el dentista exenta de infección, pero en la que las raíces de los *dientes muertos* se encuentren sépticas, sea responsable de infecciones profundas y a distancia. Este desconocimiento de un proceso séptico puede ser debido a una falta de examen suficientemente completo de parte del dentista o a la falta de criterio que permita afirmar la septicidad. El examen debe ser completo, sin descuidar las manchas de las encías, esas placas congestivas o de coloración azuleja, los repliegues del festón gingival y el espesor o delgadez exagerados del proceso alveolar en su

conjunto. En los casos en que no aparecen estos signos, es de grande utilidad una radiografía, que muestra el grado de reabsorción de las raíces y el sitio de las culturas microbianas, posibles, entre aquellas y el hueso erosionado del maxilar. Cuando un prolijo y detenido examen del paciente hiciera dejar aparte toda otra causa de enfermedad que la experiencia ha enseñado que deriva de la septicidad dentaria y sin que los *dientes muertos* revelen signo alguno de infección, no queda otro medio que retirar las coronas de uno o varios dientes para un mejor examen, o, en el caso de que no existan las coronas extraer un diente para darse cuenta de su estado infeccioso, y, luego, practicar un cultivo de la extremidad de la raíz inmediatamente después de la extracción. No es necesario añadir que tal procedimiento se halla tanto más justificado, cuanto mayor sea la alteración de la salud.

Así las cosas, se comprende la grande importancia de la educación gradual del público en lo concerniente a la higiene buco-dentaria y de una manera especial al conocimiento claro y preciso de esos tres tipos principales de septicidad dentaria. Ya se viene considerando la caries, desde hace algún tiempo, como una enfermedad que se debe prevenir y curarla lo más pronto posible. La frecuencia y la importancia de la piorrea empieza a preocupar a las personas que comprenden las consecuencias indirectas, siempre serias, que tal estado puede acarrear; pero todavía no se dan cuenta del peligro de los dientes devitalizados, pues, de una parte, la ausencia del dolor y de las alteraciones bucales les da una falsa impresión de seguridad, y, de otra, muy pocos dentistas se hallan persuadidos de que un diente muerto, sólidamente implantado y que no da señales de supuración alguna, puede ser el factor etiológico, principal, de muchas enfermedades.

De todo lo expuesto, se puede sacar la consecuencia que el campo de las repercusiones causadas por las lesiones dentarias es muy vasto. Por lo tanto, al encontrarse el médico en presencia de manifestaciones morbosas que pudieran considerarse de naturaleza infecciosa, y cuando la investigación de la lesión primi-

tiva localizada en uno de los órganos que se tiene costumbre de examinar no le ha dado ningún resultado, será absolutamente indispensable que examine el estado de la boca y en particular del sistema dentario, que se asegure de la presencia de dientes *devitalizados*, y, si esto no basta, que obtenga radiografías de las regiones maxilares que *son o pueden* ser el sitio de complicaciones infecciosas. De parte del dentista, que tenga éste el convencimiento de que al tratar las lesiones buco-dentarias previene o hace desaparecer las repercusiones que suscitan, evitando, por su medio, una serie de accidentes generales o locales, y que contribuye, en una parte relativamente considerable, a mantener la salud general de sus pacientes. Por é ello aprenderá a comprender toda la importancia y extensión de su labor y la necesidad de estudiar a fondo esas maniobras minuciosas y esos procedimientos delicados que demandan mucha habilidad y paciencia y constituyen el fondo obligado de una buena terapéutica dentaria.

The seal of the Universidad Central del Ecuador is circular, featuring a central emblem with a book and a quill, surrounded by the text "UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR" and "1824".

FRANCISCO DONOSO R.

Profesor de Patología y Terapéutica Dental.

ÁREA HISTÓRICA
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL