

## X Las irritaciones gíngivo - dentarias y sus repercusiones

Fco. DONOSO R.

Es de observación constante el hecho de que toda irritación inflamatoria, de cualquiera naturaleza, no permanece siempre localizada: repercute por intermedio del sistema nervioso sobre una parte y, a veces, sobre todo el organismo, para modificar, más o menos, profundamente diversas funciones de los tejidos. De este modo, no se debe considerar la lesión local en sí misma sino en sus conexiones con el resto del sistema orgánico.

Las repercusiones se deben a múltiples fenómenos patológicos y de los más diversos, teniendo por causa una excitación banal que puede ser la misma para trastornos diferentes, o diferente para trastornos idénticos, puesto que la excitación patógena actúa sobre tejidos y órganos perfectamente diferenciados. Así es cómo se ha podido observar toda una serie de fenómenos correspondientes a procesos morbosos sensitivos, motores, vaso-motores y tróficos; lo cual comprueba que una irritación es capaz de determinar no solamente la excitación de la sensibilidad sino también, y además, la exaltación de todas las modalidades de la vida orgánica.

Las hiperestesias y trastornos conexos, sistematizados y en relación con excitaciones diversas, parten ya del cerebro, del pulmón, la boca, el estómago, el intestino, el apéndice, el peritóneo, etc. Pero, de las numerosas observaciones realizadas y practicadas, sobre todo por el profesor L. Jacquet, resulta que son las irritaciones gíngivo-dentarias las que constituyen las principales fuentes de excitación. En efecto, la variedad y riqueza de las excitaciones fisio-patológicas gíngivo-dentarias, la facilidad con que se puede, por lo general, reconocerlas y observarlas y, ante todo, la posibilidad de realizar en cada caso una rigurosa experiencia fisiológica suprimiendo la irritación causal, son condiciones muy favorables para el estudio de esas repercusiones. De

aquí provienen, entre otras, las investigaciones sobre la naturaleza de la *pelada* que dejando aparte la teoría parasitaria la sustituyeron con la teoría distrófica, establecida ya sobre bases irrefutables. El mismo Jacquet descubría la angina refleja de origen dentario y señalaba la influencia de las lesiones dentarias en la producción o en la marcha de diversas afecciones, como el eczema regional del adulto, el herpes vulgar, el zona, el lupus tuberculoso, las sífilides mucosas o cutáneas, etc.; manifestando así toda la importancia de las excitaciones gíngivo-dentarias por las reacciones múltiples que suscitan.

Todo esto ha conducido a médicos y dentistas a un trabajo cuya actividad se mantiene constante alrededor de las admirables investigaciones de Jacquet.

Las irritaciones gíngivo-dentarias pueden repercutir ya en la piel, en toda su extensión, o ya al nivel de los órganos vecinos o alejados.

En la piel repercuten de tres maneras:

1º Modificando sus funciones fisiológicas, sin producir lesiones definidas, tales son los trastornos sensitivos, térmicos, vaso-motores, secretorios y tróficos;

2º Determinando lesiones cutáneas definidas, como el herpes, eczemas, zona, *pelada*, etc.; y

3º Irritando lesiones cutáneas existentes, como el lupus, sífilides, etc.

En los órganos vecinos o alejados repercuten esas irritaciones comprometiendo el ojo, el oído, la faringe, las articulaciones, etc.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR  
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES HISTÓRICAS  
ÁREA HISTÓRICA  
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

## **Repercusiones cutáneas que modifican las funciones fisiológicas y sin lesiones definidas**

### **A. — MODALIDAD SENSITIVA**

La modalidad sensitiva comporta trastornos subjetivos y trastornos objetivos.

1º *Trastornos subjetivos*. — Como su nombre lo indica, son percibidos por el mismo paciente y consisten en dolores espontáneos que pertenecen a dos tipos diferentes: la neuralgia y el prurito.

a) *Neuralgia facial*. — Es bien conocida. Ya Jacquet y otros observadores han demostrado que dicha neuralgia no es más que una repercusión de excitaciones diversas, según el modo sensitivo, pues, a diario, se presenta la ocasión de encontrar que ésta se produce por diferentes irritaciones que parten de la

región gíngivo-dentaria. Esto se observa en la pulpitis aguda, la artritis alvéolo-dentaria, la erupción viciosa del tercer molar, la cicatrización ósea post operatoria, etc.; neuralgia de tipos diversos, desde la que se localiza en un solo tronco nervioso, pasando por la hemineuralgia de la cabeza, cara y cuello, hasta la que constituye el *tic* doloroso de la cara.

b) *Prurito*.—Los pruritos de la cara y del cuello se encuentran, las más de las veces, en relación con las periodontitis crónicas.

2º *Trastornos objetivos*.—Junto con los trastornos morbosos que los enfermos perciben fácilmente y por los que reclaman un alivio inmediato, la modalidad sensitiva comporta trastornos objetivos que tan sólo un examen atento es capaz de descubrirlos. Estos pueden dividirse en dos grupos: el de la hiperestesia cutánea en forma de zonas y el de la hiperestesia latente de las ramas terminales del trigémino en sus puntos de emergencia.

a) *Hiperestesia cutánea*.—Entre las zonas de hiperestesia cutánea, en relación con afecciones de órganos profundos, hay dos zonas faciales que corresponden: la una, a órganos de los sentidos, como el ojo, el oído, la nariz y la lengua; y la otra, a órganos de la masticación, como los dientes. En lo que concierne a las acciones reflejas emanadas de los dientes hay zonas de repartición muy variadas de hiperestesia cutánea en pacientes que se quejan de dolores irradiados, ya sean éstos espontáneos o provocados. Los dientes que originan estos reflejos se hallan atacados, en su mayor parte, de pulpitis aguda o de pulpitis gangrenosa. Pero, es en la *pelada* de origen dentario donde existe una correlación entre el sitio de la irritación dentaria y el del área peládica inicial, pudiendo observarse que la evolución del tercer molar inferior revela la existencia de la afección en la nuca, las lesiones de caninos o premolares inferiores en el menton, y en las regiones frontal y parietal en los casos de irritación de dientes del maxilar superior.

Si las observaciones hechas hasta hoy no permiten aún establecer una topografía más precisa de los lugares de repercusión de las irritaciones gíngivo-dentarias, es debido a la asociación de éstas con otras excitaciones que hacen variar el lugar de repercusión; mas, la existencia misma de estas zonas no se puede poner en duda, y su conocimiento preciso constituiría, en efecto, un excelente medio de diagnóstico diferencial. En presencia de un enfermo que sufra de una pulpitis, p. ej., y que tenga en un mismo maxilar y a un mismo lado muchos dientes de pulpas descubiertas (ya se trate de un incisivo, un canino, un premolar y un molar), sería muy fácil, en caso de signo positivo, es decir habiendo repercusión cutánea sensitiva, designar el diente en actividad patológica. De igual modo, en presencia de un enfermo

que tenga en los dos maxilares y de un mismo lado, dos dientes con pulpas expuestas, el descubrimiento de la zona de repercusión indicaría exactamente el maxilar y el diente causal; lo que evitaría las maniobras, tan dolorosas a veces, del sondaje de las cavidades cariadas.

b) *Hiperestesia de los troncos nerviosos.*—Más frecuente que la hiperestesia cutánea es la hiperestesia latente de las ramas terminales del trigémino en sus puntos de emergencia, y que se la comprueba por la investigación de los puntos de Valleix. Esta hiperestesia no siempre es percibida por el enfermo; para descubrirla se necesita, después de haber fijado exactamente los puntos de emergencia simétricos de un tronco nervioso, ejercer una presión suave al principio y luego gradual, repitiéndola muchas veces alternativamente y de manera siempre igual en cada lado. Los puntos de investigación, fuera de los puntos clásicos, son los supraorbitarios y suborbitarios, mentoniano, auricular y el punto suboccipital. Según los casos, uno solo o varios de estos puntos son sensibles. En fin, esta neuralgia latente es unilateral o bilateral, según que la afección determinante se localice en uno o en ambos lados a la vez.

## B. MODALIDAD TÉRMICA

Las irritaciones gíngivo-dentarias, ya sean pasajeras o continuas en relación con afecciones agudas o crónicas, aumentan o bajan la temperatura local de la piel.

El modo más habitual de repercusión es la hipertermia. Puede asegurarse que existe casi siempre en un grado cualquiera, por débil que sea, pudiendo comprobarse aun con el dorso de la mano y, de una manera precisa, con el termómetro de temperatura local. Los puntos en los que con más facilidad se la aprecia son la cara y el cuello, y de un mismo lado pueden encontrarse muchos puntos hipertérmicos cuyas temperaturas pueden ser iguales o diferentes. La elevación de temperatura, bucal y malar especialmente, se hace muy apreciable durante los brotes eruptivos del molar de seis años y del tercer molar o muela del juicio; lo mismo que en las pulpitis agudas, las gingivitis, las estomatitis y la piorrea alveolar.

La hipotermia se presenta de modo excepcional y se la observa, sin ninguna irradiación dolorosa, en un lado de la cara y con marcado enrojecimiento, determinando una verdadera eritrosis que, no obstante, ofrece una temperatura más baja que en el lado opuesto.

### C. MODALIDAD VASO-MOTRIZ

Es bien conocida esta manera de reaccionar de las enfermedades internas. Así se observa la rojez del pómulo que aparece en el curso de diversas afecciones agudas del pulmón, del mismo modo que se presentan eritrosis faciales que están directamente ligadas con irritaciones gíngivo-dentarias, que la clínica se ha encargado de comprobarlas por medio de la curación o extracción de molares, caninos o premolares, cuando ninguna otra medicación podía hacer retroceder una placa eritematosa.

### D. MODALIDAD SECRETORIA

El aumento de las secreciones normales sudoríparas y sebáceas, como una consecuencia banal de lesiones gíngivo-dentarias, ha sido puesto en evidencia por Jacquet en el curso de la *pelada*, cuando al examinar atentamente los discos peládicos notó: primero, que la piel desprovista de pelos se encontraba más lubricada, más húmeda y más resumante que el resto del cuero cabelludo; y después, notó que en la periferia de ciertas áreas peládicas se establecía una hipersecreción sudorípara manifiesta. Estas observaciones condujeron a Jacquet a aplicar un tratamiento adecuado en numerosos casos, de lo que dedujo, en consecuencia, que la exageración de las secreciones se hallaba en íntima relación con las lesiones dentarias.

### E. MODALIDAD TRÓFICA

Entre todas las causas de irritación capaces de provocar reflejos tróficos, las de origen gíngivo-dentario son sin duda alguna las más frecuentes. Ya lo expuso el mismo Jacquet cuando dijo: «la excitación de los nervios dentarios se propaga directamente a la totalidad de los tegumentos de la cara y a los de la parte antero-lateral del cráneo por las diversas ramas del quinto par, y muy fácilmente también a los tegumentos de la parte posterior del mismo, como también a los del cuello, por la continuidad de la raíz sensitiva del mismo nervio con los núcleos originales de los primeros pares cervicales: pudiendo deducirse, a priori, la repercusión frecuente, en todas estas regiones, de la excitación dentaria».

En esta modalidad se observan depilaciones difusas más o menos abundantes en conexión con irritaciones gíngivo-dentarias y que son muy frecuentes.

### **Repercusiones cutáneas que determinan lesiones definidas**

Las irritaciones gíngivo-dentarias pueden no solamente modificar las funciones fisiológicas de la piel, sino que son susceptibles, además, de determinar lesiones cutáneas definidas como son: el herpes, el zona, el eczema, la pelada.

a) *Herpes facial*.—El herpes facial es una consecuencia frecuente de la caries dentaria. A menudo se encuentra una especie de herpes a recidiva, alternativamente resumante y costroso, causado por la irritación permanente de un aparato protésico defectuoso que se mantiene sostenido sobre raíces infectadas. Si en este estado se extraen las raíces, la curación del herpes sobreviene aun antes de que la cicatrización se haya verificado. También se presenta, a veces, un brote de herpes al redor de los labios en el surco naso-geniano o en el surco labio-mentoniano, a seguida de una extracción difícil, o en otros términos a consecuencia de un violento traumatismo de la región alvéolo-dentaria.

b) *Zona*.—Las irritaciones gíngivo-dentarias juegan, a veces, un papel importante en la producción de ciertas zonas. En este caso el proceso patológico se establece por la irritación ascendente hacia el ganglio de Gasser que lesionando éste produce la degeneración secundaria más o menos completa de los nervios que de él emanan. Se comprende así que estas irritaciones actúen sobre todo en la producción del zona oftálmico, porque el ganglio se encuentra tan cerca del *trigénimo bucal* que recibe directamente sus excitaciones.

c) *Eczema*.—El origen dentario de los eczemas está comprobado tanto por la clínica como también de manera experimental. Son dermatosis agudas o subagudas pruríticas, pápulo-vesiculosas, resumantes; y a veces complicadas de inflamación secundaria que se presentan en sitios diferentes: la cara, el cuello, la nuca, el antebrazo, la muñeca, la mano; y aparecen del mismo lado que la lesión o lesiones dentarias. Las intervenciones que se practican en el sistema máxilo-dentario traen como consecuencia inmediata el recrudecimiento de las reacciones observadas al nivel de las placas eczematosas. También la terapéutica pone en evidencia que hay eczemas tratados por los métodos ordinarios sin que se obtenga ninguna mejoría,

por prolongado que sea el tratamiento, hasta que se supriman las causas de irritación dentaria.

d) *Pelada*.—Constituída esta afección por trastornos ya directos o indirectos de las diversas funciones cutáneas, se halla en relación con ciertas excitaciones orgánicas emanadas de algunos aparatos: centros nerviosos, aparato bronco-pulmonar, gastro intestinal, genital y, además, del oído y la rino faringe; pero, y sobre todo, en relación con el aparato gíngivo-dentario que, por sus conexiones anátomo-fisiológicas, sus condiciones propias de funcionamiento y patológicas, se encuentra particularmente apto para transmitir al cuero cabelludo excitaciones que son a la vez repetidas, combinadas, bruscas y sistematizadas a ciertos puntos de elección. Estas excitaciones aisladas o asociadas determinarán la afección en tanto que actúen sobre un organismo predispuesto por una serie de condiciones generales y locales. Sus causas son tan variadas como múltiples las excitaciones susceptibles de repercutir en los diferentes sitios.

Para probar que de todas aquellas excitaciones, que podrían llamarse *peladógenas*, las de origen gíngivo-dentario son en especial las más importantes, L. Jacquet se funda en varias razones: 1ª la afección sobreviene a consecuencia de la caries dentaria, en un tiempo relativamente corto, que varía de algunos días a algunas semanas; 2ª aparece siempre del mismo lado que la lesión dentaria; 3ª más que las lesiones agudas, como las pulpitis, entran como causa de la afección las que actúan a la larga y de una manera lenta y prolongada: este es el caso en las erupciones dentarias y en las periodontitis crónicas; 4ª el conocimiento que por la anatomía se tiene de las vías de la conducción nerviosa que ligan a la irritación que parte de una de las terminaciones del trigémino con el territorio cutáneo donde se produce la repercusión; 5ª los resultados terapéuticos obtenidos que prueban que la afección desaparece por el tratamiento de los dientes cuando su origen es realmente dentario. En todo esto se basa la teoría distrófica de una afección tan discutida en cuanto a su origen.

### **Repercusión al nivel de lesiones cutáneas existentes**

Se comprende fácilmente que si las irritaciones gíngivo-dentarias repercuten en la piel sana, ellas son susceptibles de repercutir también al nivel de diversas lesiones cutáneas a las cuales pueden imprimir una marcha especial. En otros términos, modifican las propiedades de los tejidos patológicos lo mismo que modifican las de los tejidos normales.

Todas las lesiones cutáneas son más o menos influenciadas por estas irritaciones, cuando existen. Bajo su acción se inflaman, a veces, las sífilides de la cara y del cuero cabelludo. Influenciadas por las irritaciones locales resisten al tratamiento específico; pero, curan al contrario cuando se suprimen las causas de irritación que dan a estas lesiones su carácter de incurabilidad aparente.

Pero la influencia de estas irritaciones ha sido estudiada sobre todo en relación con el lupus tuberculoso de la cara; lo que ha demostrado la grande importancia de la cura dentaria en su tratamiento. En efecto, al observar Jacquet y examinar atentamente diversos enfermos portadores de lupus rebeldes a todo tratamiento y a pesar de la diversidad de medios terapéuticos empleados, encontró que las excitaciones locales no suprimidas venían por su repercusión al nivel de las lesiones lúpicas, a contrabalancear los efectos de la terapéutica aplicada. Estas excitaciones banales tenían su punto de partida en diferentes partes, más o menos, alejadas del organismo.

Entre las irritaciones banales susceptibles de condicionar un lupus, las más frecuentes eran, naturalmente, las irritaciones gíngivo-dentarias. Suprimiéndolas, se veía que la afección, sin desaparecer por el simple hecho de la supresión de las excitaciones, pasaba en cierto modo de un estado de defensa terapéutica a otro de *pasividad* que permitía, por el empleo de medios ordinarios, curaciones rápidas y durables.

### **Repercusiones sensoriales de vecindad y otras**

FUNDADA EN 1881  
QUITO  
ÁREA HISTÓRICA  
DEL CENTRO DE INFORMACIÓN INTEGRAL

#### *1º—Trastornos auriculares*

Las irritaciones gíngivo-dentarias no repercuten solamente en la piel, pueden influenciar otros tejidos, otros órganos—los órganos de los sentidos en particular—. Se conocen desde mucho tiempo las relaciones que existen, por ejemplo, entre la neuralgia del oído y ciertas afecciones dentarias como la pulpitis o la periodontitis de los molares inferiores. Fuera de los casos de neuralgias auriculares, tan frecuentes, se han señalado casos de ruidos del oído debilitamiento de la audición y aún de sordera que estaban bajo la dependencia de diversas afecciones del sistema dentario y desaparecían con la curación de las mismas.

#### *2º—Trastornos oculares.*

Se conoce, de igual modo, la frecuencia de las neuralgias oculares en las enfermedades de los dientes superiores. Los



oculistas están acordes en admitir el origen dentario posible de ciertas afecciones oculares, como el lagrimeo, la parálisis de la acomodación, el estrabismo y la midriasis. El lagrimeo puede ser simple, sin inflamación ni supuración del canal nasal o del saco lagrimal. Se citan casos de neuralgias peri-orbitarias, fatiga a lectura y lagrimeo a seguida de la obturación intempestiva de morales superiores: trastornos que desaparecieron una vez desobturados y tratados los dientes.

El origen reflejo del lagrimeo se explica fácilmente, de una manera general, en razón de las anastomosis múltiples que unen el nervio maxilar superior y la rama oftálmica de Willis y, sobre todo, por la anastomosis que se establece entre el ramo orbitario del maxilar superior y el lagrimal del oftálmico, por intermedio del filete lácrimo-palpebral.

El lagrimeo es, además, susceptible de producir a la larga otros accidentes como la conjuntivitis, la blefaritis, la ulceración de la córnea y la keratitis.

Observaciones recientes han conducido a aceptar que la parálisis temporal de la acomodación reconoce, con frecuencia, un origen reflejo y dentario. Lo mismo sucede con el estrabismo convergente de la infancia, que, a menudo, se halla bajo la dependencia de la parálisis de acomodación. Se han admitido también los posibles trastornos de la motilidad, como el blefarospasmo y la contractura espasmódica de los músculos del globo ocular. Otro trastorno frecuente y frecuentemente de origen dentario es la midriasis unilateral sin alteración del fondo del ojo: en este caso, es el ramo anastomótico del maxilar superior el que transmite la irritación al músculo ciliar y al iris.

### 3º—*Trastornos faríngeos.*

Además de las repercusiones sensoriales de las irritaciones gíngivo-dentarias, hay otras menos conocidas a pesar de su gran frecuencia. Entre ellas se encuentran las repercusiones faríngeas, en particular la angina refleja de origen dentario señalada la primera vez por Jacquet. Esta variedad de angina no es más que la repercusión en la faringe de una irritación que parte de la región gíngivo-dentaria. Bajo el punto de vista sintomático no difiere en nada de las otras anginas eritematosas cuando provoca rojez, exudado glandular o descamación epitelial. Sin embargo, Jacquet ha demostrado que en la angina banal la fase de congestión de la mucosa no es la primera, sino que élla va precedida de otra caracterizada por el ataque del plano músculo-fibroso. En otros términos, la angina es primitivamente un fenómeno muscular, profundo, y secundariamente un fenómeno mucoso, superficial, caracterizado por la rojez, el edema y el exudado.

En el primer estado de la enfermedad, cuando tan sólo se halla atacado el plano muscular profundo, únicamente llama la atención el dolor. El examen de la garganta no indica nada: no hay rojez, la mucosa conserva su tinte rosado habitual y las amígdalas no están aumentadas de volumen. Esta fase dura de uno a cuatro días y puede constituir por sí sola toda la angina, es decir que no va seguida de inflamación de la mucosa. Esto mismo explica que la fase primitiva de la angina pase desapercibida a la observación, sin dar ninguna importancia a la disfagia que señalan los enfermos por no encontrarse en la faringe signos objetivos de ninguna clase. Es precisamente a esta fase inicial a la que se reduce la angina dentaria en los estados agudos, como sucede en los brotes de erupción, en las crisis de pulpitis y en las artritis alvéolo-dentarias. Cuando las irritaciones persisten es entonces que la angina, primitivamente muscular y visible, ataca la mucosa y revela su existencia por signos objetivos.

Todo esto se explica por una alteración funcional de los planos musculares que se realiza por intermedio del sistema nervioso. Pero, además, hay otras razones que demuestran la existencia de la angina refleja y en particular la de origen dentario. Son las siguientes: la angina se presenta uno o dos días antes o después de la crisis dentaria; se produce del mismo lado que la lesión dentaria o de ambos lados a la vez si la lesión es bilateral; acompaña casi siempre a las irritaciones gíngivo-dentarias un verdadero síndrome reaccional con una variedad de reacciones vaso-motoras, térmicas, fluxionarias, tróficas y sensitivas; las afecciones de los dientes actúan como causa de la mayor irritación, lo cual se observa durante el período de la evolución dentaria y en las periodontitis y pulpitis agudas que originan los fenómenos faríngeos; la aparición brusca de la angina se observa como consecuencia de una intervención laboriosa y complicada, es decir perfectamente irritativa, en el sistema dentario; la curación de todas las alteraciones faríngeas sobreviene con la supresión de la irritación dentaria; y por último, las vías de conducción nerviosa que parten del punto de irritación hacia la faringe aclaran lo suficiente la evolución del proceso morbosos.

Las irritaciones gíngivo-dentarias pueden repercutir en puntos muy alejados de la irritación misma. Son prueba de ello las repercusiones articulares y los diversos y múltiples trastornos generales que éstas producen en el organismo y que, ofreciendo un vasto campo de observación clínica, dan como resultado el tratamiento de las lesiones dentarias, que las hacen desaparecer.

DR. FRANCISCO DONOSO R.