

LA PARADENTOSIS COMO FUENTE DE INFECCION SISTEMICA *

LUIS FARILL

Académico de número

En el Congreso Dental Internacional celebrado en Viena el año de 1936 fué aceptado el término "paradentosis" para señalar, en la forma menos inconveniente, todos los padecimientos de la encía y del aparato fijador del diente que vulgarmente se conocen con el nombre de "piorrea alveolar". Por este motivo lo empleamos ahora, pasando por alto lo relativo a si es o no correcto, y lo concerniente a clasificaciones, que no corresponden al tema que vamos a tratar. Simplemente nos referimos a los padecimientos crónicos que se hacen aparentes en los tejidos que rodean al diente, que se caracterizan por su carácter destructivo, y que terminan por causar la pérdida de los órganos dentarios. Clínicamente, un estado inflamatorio de las encías, que se presentan rojas, tumefactas, brillantes, carentes de firmeza y a veces totalmente desprendidas del diente, sangrantes y dejando escurrir por el espacio gíngivodentario, supuración, al ser exprimidas. Si en este espacio se introduce una sonda exploradora se advertirá que es profundo, correspondiendo esta profundidad a la mayor o menor destrucción de tabla alveolar. Los dientes se ven alargados por efecto de la recesión gingival, y generalmente sufren modificaciones en su alineamiento. Se separan unos de otros, o, al revés, se amontonan, giran sobre su eje; se inclinan hacia afuera o adentro con respecto al centro del arco; se desalojan más o menos de su alveolo, haciendo irregular el plano de oclusión; se advierte que están más o menos móviles, desde la movilidad M_1 , apenas perceptible, hasta la llamada M_3 , tan grande, que inevitablemente causará la pérdida del órgano. El aliento de enfermo es fétido y nauseabundo. Radiológicamente, se advierte una destrucción vertical de la cavidad alveolar que avanza más y más, hasta quedar el diente apoyado en una parte mínima del hueso

* Trabajo reglamentario leído en la sesión del 15 de abril de 1953.

periapical, del que no tardará en desprenderse sin causar apenas hemorragia, o bien obligará al sujeto a extraerlo para aliviar el dolor que provoca una pulpitis ascendente a través del foramen apical. Este es, a grandes rasgos, el padecimiento al que nos referimos y del que deseamos hacer notar el importante papel como fuente de infección sistémica.

Creemos que la abundante bibliografía al respecto; la experiencia personal de médicos y dentistas que, de un modo u otro hemos podido comprobar la interrelación de este padecimiento con muchos otros de los llamados sistémicos; la circunstancia de orden lógico que nos obliga a aceptar la forzosa e inevitable relación del todo con cada una de sus partes y viceversa, a través de la continuidad celular y de la existencia de vías de acceso naturales, y de manera notoria a través del torrente circulatorio; la comprobación que ha sido hecha de la absorción de gérmenes y toxinas a través de la hendidura gingival causada por traumatismos inocentes, como los causados por la masticación, el cepillado, las maniobras operatorias del cirujano dentista al hacer el raspado del tártaro dentario, creemos, repetimos, que estos razonamientos ya no permiten al médico adelantado y estudioso, dudar de la existencia de un factor toxiinfeccioso incontrolable, que ofrece sus productos a todos los tejidos, que por circunstancias desconocidas, al menos para mí, unas veces los toman y sufren sus acciones, y otras permanecen indiferentes. En este aspecto, los focos infecciosos por paradentosis son como todos los otros bucodentarios, y no permiten conocer cuando son simplemente focos infecciosos o focos infecciosos de infección focal. Un sin fin de individuos son portadores de focos infecciosos evidentes y aparentan no ser influenciados por ellos; en cambio, otros, con menor número de focos, o con menor apariencia de actividad toxiinfecciosa de los mismos, sufren terriblemente su influencia, que puede comprobarse también por el alivio o curación que se obtiene con su correcta eliminación. ¿Factor de receptividad? ¿de menor resistencia? ¿de sensibilidad alérgica? Creemos que la dilucidación de este problema permitirá una orientación importantísima a las ciencias médicas y una gran esperanza para aliviar el sufrimiento físico.

Ya la ignorancia, que no permite diferenciar un foco infeccioso ordinario de uno de acción "focal" constituye un peligro; pero aun hay otros que acrecientan su importancia: su inusitada frecuencia, la falta de educación higiénica del público, la condición asintomática del padecimiento durante casi todo el tiempo de su evolución; la pobreza económica, la falta de tiempo que impone la lucha por la vida; la actitud indiferente, ante el problema; de la gran mayoría de médicos y dentistas, etc.

1º La frecuencia es enorme: en el Instituto Nacional de Cardiología,

arroja un por ciento global de 51.5. En individuos de 5 a 20 años de edad, la cifra es apenas de 4; de 20 a 45 años, de 60 y de más de 45 años, de 90.6 por ciento. Esta valoración la obtuvimos de la revisión de 1240 expedientes estomatológicos, elaborados de 1944 a 1948 inclusive. Creemos que, conjuntamente con la caries dentaria, es el padecimiento más extendido.

2º De la falta de educación higiénica pública ni qué hablar. Las profesiones médica y odontológica no se ocupan de impartir esta instrucción que tanto habría de beneficiar la salud de los habitantes de nuestro país y a ellas mismas, y han dejado la solución en manos del Estado, que naturalmente no puede hacer nada, o trabajosamente hace muy poco en algunos aspectos particulares.

3º Lo insidioso de estos padecimientos es otro factor de su peligro. Se instalan sin dejarse sentir. Primero una gingivitis ligera y después una papilitis a las que se acostumbra fácilmente el sujeto. La resorción ósea principia, y con ella, la formación de bolsas piorreicas, que gradualmente aumentan su profundidad. Al individuo ya no le llama la atención que sus encías sangren ni que estén rojas, y como el cepillado bucal causa gingivorragia, resuelve el caso por la vía fácil, dejándose de cepillar los dientes, lo que favorece la evolución patológica. Muchas veces no es lo suficientemente cuidadoso para advertir que, al apretarlas con el dedo, expulsan por la hendidura gingival una masilla blanca, que es supuración. Tiempo adelante comienza a apreciarse movilidad del diente, que aumenta desde la que sólo se nota percutiéndolo cuando apoyamos el dedo atrás de él (movilidad índice uno); que es después, apreciable a la vista (movilidad índice dos); y que llega, por último, a un grado tal, que nos hace considerar el diente perdido y sin esperanzas (movilidad índice tres). Es hasta este último estado prácticamente, cuando existen signos subjetivos: dolores intensos por pulpitis a través del orificio u orificios apicales; abscesos intraligamentarios que pueden presentarse desde el estadio anterior, cuando el diente tiene movilidad índice dos; o bien, algias difusas de origen vasomotor por trastornos circulatorios en el parodonto. Naturalmente, la radiografía va dando fe del avance del padecimiento, y contribuye importantemente a establecer el pronóstico.

3º La absorción de los productos sépticos es considerable, por el número de dientes invadidos, y porque utilizan las vías sanguínea y digestiva. Las hendiduras gingivales tienen funciones de absorción y de excreción, y ambas han sido demostradas de manera indudable. La presión sobre las encías, el raspado del tártaro subgingival, y en general, maniobras consideradas inocentes, llevadas a cabo después de depositar dentro de las hendiduras gingivales un cultivo de *Serratia marcescens*, bacteria saprofita de los

vegetales, hace posible que se encuentre a ésta en hemocultivos de sangre tomada dentro de los diez minutos subsecuentes a tales maniobras. Las funciones excretorias no pueden ponerse en duda cuando se observa la actuación del bismuto, mercurio, plomo, etc., en la producción de las gingivitis medicamentosas. Pero no necesariamente la absorción es por vía hemática directamente. Frecuentemente los productos sépticos llegan al torrente circulatorio por deglución y a través de los capilares intestinales, especialmente cuando falta la normalidad en el tubo digestivo. Pero sin necesidad de llegar hasta allá, fácilmente puede comprenderse la importancia que tiene que en casos de gastritis séptica, o de úlceras gástrica o duodenal, principalmente; estas lesiones se están contaminando constantemente con los productos sépticos bucales que por deglución lleguen hasta ellos. Si en nuestro escepticismo no admitimos la posibilidad de que, por infección bucodentaria, se produzca una úlcera gástrica, no podemos dudar de que su influencia tiene que ser altamente perjudicial para las ya existentes.

No solamente para los padecimientos digestivos, ni para los que pueden producirse por la localización microbiana a través de la sangre, resulta inconveniente la existencia de padecimientos parodontales; los reumatismales y reumatoides son, quizá, los más frecuentemente influenciados. La patogenia es oscura dentro de la obscuridad preexistente ya en la etiología del reumatismo; pero quizá pudiera razonablemente suponerse que en la malla de ligamentos alveolo-dentaria, los gérmenes adquieren una selectividad por los tejidos análogos de las demás articulaciones del cuerpo, y que por esta circunstancia se localizan en ellas y las lesionan. En fin, esto no es sino una hipótesis personal. Lo que sí es un hecho, es que desde el punto de vista de la lógica, se encuentra justificación para pedir la eliminación de todos los focos sépticos, por la influencia directa que pueden tener sobre diferentes órganos y sistemas, o bien para evitar que el organismo esté gastando defensas en procesos anulables, cuando las necesita para luchar sobre entidades morbosas donde la medicina no puede todavía enfrentarles una terapéutica efectiva.

¿Que especialmente en tratándose de reumatismo se han sacrificado muchos dientes inútilmente, dejando pacientes reumáticos y además desdentados? Es cierto, como en el caso de todas las medidas terapéuticas, cuando se abusa de ellas. Pero un examen clínico cuidadoso, la radiografía dental en serie, la transiluminación, las pruebas eléctrica y térmica de la vitalidad pulpar, y procedimientos de laboratorio auxiliares, nos permiten conocer la condición de la boca y dientes, para aconsejar lo mejor al enfermo, siempre que pongamos en juego nuestros conocimientos médicos, nuestra experien-

cia y nuestra responsabilidad. El procedimiento empírico de ordenar la extracción dentaria sin estudiar cuidadosamente su conveniencia y sólo porque algunas veces dió buenos resultados, no es científico ni conveniente, y en gran parte es causa del descrédito de la teoría de la infección focal. Esto es lo más que podemos hacer, y, haciéndolo, debemos sentirnos satisfechos, porque en ningún caso la medicina permite afirmar, al dentista ni a ningún otro de sus profesionales, que un enfermo va a sanar con la eliminación de tales o cuales focos de infección. No hay que olvidar que en la boca, como en cualquier otra parte, hay focos infecciosos comunes y corrientes (que no tienen actualmente influencia sobre el organismo), y focos infecciosos de infección focal (que sí la tienen), y que los factores que diferencian unos de otros son desconocidos, y que pueden en cualquier momento, transformarse los unos en los otros, sin señales que adviertan este cambio, y con grave peligro para la economía. Lo mejor y más seguro, y lo que no podrá darnos resultados desagradables nunca, es evitar que nuestros pacientes tengan focos infecciosos, y para esto, es urgente que los eduquemos en la higiene bucal, explicándoles el mecanismo de la salud y de la enfermedad de su boca; que los convenzamos de que lo mejor para ellos y para nosotros es que todo lo que necesiten en su boca se haga oportunamente. Ahorro de dolor, de tiempo, de dinero y de molestias, y mejores resultados estéticos y funcionales, se obtendrán si son atendidos en tiempo oportuno.

La indiferencia del médico ante la existencia de focos infecciosos bucodentarios es notoria. Claro es que hay excepciones honrosas; pero en general, la revisión de los expedientes médicos de los hospitales, donde actúan los médicos más destacados de toda la profesión, son muy pobres en datos estomatológicos, lo que revela la necesidad de que se enfoque el estudio de la Estomatología dentro de la carrera de Médico Cirujano, como ya se lleva a cabo desde hace años en la Médico Rural, y por otra parte, que se conceda más importancia al diagnóstico y tratamiento de las lesiones bucales por parte del médico, como lo hace cuando descubre lesiones que pide al especialista y exige al enfermo que sean atendidas.

El tratamiento de la paradentosis ya no es un misterio como lo fué hasta hace 20 años, cuando se pensaba que era un estado local resultante de trastornos generales, diversos y desconocidos, que tarde o temprano, terminaría con la pérdida de todos los dientes.

En la actualidad, el éxito del tratamiento ya está en manos del dentista, quizá en un 95 por ciento de los casos, cuando conoce las técnicas modernas, cuando le toca intervenir en tiempo oportuno, y cuando cuenta con la cooperación efectiva y sostenida de su paciente. Los casos difíciles y todavía

sin solución están constituidos por aquellos casos donde trastornos metabólicos o endocrinos, crean dificultades aun insuperables, o bien, cuando el enfermo no coopera con el odontólogo.

CONCLUSIONES

- 1º La gran frecuencia con que se encuentran las lesiones características de la "paradentosis" la colocan entre los padecimientos más extendidos y sin tendencia espontánea a la curación.
- 2º Unas veces este padecimiento deja sentir su influencia sobre el estado general orgánico, y otras parece no influir sobre él; pero se desconocen las circunstancias que motivan esta diferente acción.
- 3º La absorción séptica se lleva a cabo principalmente por las vías sanguínea y digestiva, y es importante por el tiempo considerable de la evolución del padecimiento, por el crecido número de dientes invadidos, y porque en la profundidad de los tejidos involucrados por la inflamación, *Streptococcus viridans* encuentra un medio propicio para su desarrollo y absorción.
- 4º El carácter asintomático de la "paradentosis" contribuye a aumentar su frecuencia y peligro.
- 5º Los padecimientos digestivos y de los músculos y articulaciones son, quizá, los que más relación tienen con la paradentosis, sin que por ello la dejen de tener los de otros órganos.
- 6º Se impone en este caso, como en muchos otros, la necesidad de que el médico cirujano y el cirujano dentista, se hagan cargo de la campaña permanente de educación higiénica del pueblo, para beneficio social y de las profesiones mismas.
- 7º Urge que el dentista dedique su atención profesional a todas las estructuras bucales, y no solamente a los dientes; que tome como meta final el beneficio de la salud de sus enfermos, y no solamente la conservación de los dientes a todo trance, aun empleando procedimientos arcaicos e inconvenientes; y que acelere su paso científico para aproximarse lo más posible a la Estomatología, que marcha muy adelante de él.
- 8º Sugerimos la conveniencia de que esta H. Academia patrocine la idea de que haya un curso de Estomatología general en la carrera de Médico Cirujano, para capacitar a este profesional lo más posible en esa rama; para estrechar los vínculos profesionales con el cirujano dentista, y para bien de los enfermos. Asimismo, proponemos que el estudio clínico de la boca por parte de este profesional sea más completo y detallado, y

que insista con el enfermo en que sea tratada su condición patológica, como insiste en tratándose de lesiones cuyo tratamiento corresponde a otros especialistas.

- 9º La parodontosis dejó de ser un padecimiento incurable, si se atiende oportuna y debidamente.

RESUMEN

El trabajo presente enfoca el problema de la parodontosis desde el punto de vista de su importancia como foco de infección. El autor recomienda estrechar los lazos entre médico y dentista para combatir acertadamente esta infección.

SUMMARY

This paper deals with the problem of parodontosis from the viewpoint of its importance as a focus of infections. The author recommends that both the physician and the dentist join their efforts to curb this infection.

REFERENCIAS

- Austin, Louie T.: *Relationship of dental sepsis to systemic disease*. J. A. D. A. 27: 684-688, mayo 1940.
- Becks, Hermann: *Systemic Background of parodontosis*. J. A. D. A. septiembre 1941.
- Comroe, Bernard I.: *Role of the Dentist in arthritis*. J. A. D. A. 27: 1209-1213, agosto 1940.
- Duke, William M.: *Oral sepsis in its relationship to systemic disease*, Kansas City, Mo. C. V. Mosby Co. 1918.
- Farill Luis: *Consideraciones generales sobre investigación focal*. Primera semana odontológica de Guadalajara. 1939.
- Farill, Luis: *La Parodontosis como Fuente de Infección Focal*. Primer Congreso de la Asociación Dental Mexicana. 1951.
- Haden, R. L.: *Dental Infection and systemic disease*, Philadelphia, Lea & Febiger. 1928.
- Reimann, H. A., and Havens, W. P.: *Focal Infection and systemic disease; a critical appraisal, the case against indiscriminate removal of teeth and tonsils*. J. A. M. A. 114: 1-6. Enero 6, 1940.
- Rosenow, Edward C.: *Focal Infection and elective localization in relation to systemic disease: A review and results of further studies*. Proceedings Dental Centenary Celebration Baltimore, Md. 261-282. 1940. (En este trabajo el autor hace noventa referencias bibliográficas.)