

CONSIDERACIONES SOBRE LA INFECCION FOCAL DE ORIGEN DENTARIO EN EL NIÑO

Sus modalidades, profilaxis y tratamiento.

Por el Dr. VICTOR DE LA MAZA (M. C.)

y Prof. CARLOS TAPIA DEPASSIER (M. C.)

Hipócrates fué el primero en relacionar las afecciones bucales con el resto del organismo.

Walter Herman en Alemania presentó en 1554 un trabajo en que consideraba la posibilidad de infecciones oftálmicas derivadas de los dientes.

Fabrizio Hildano (1560) observó la relación entre ciertas cefalalgias y las lesiones dentarias, citando un caso tratado con éxito con la extracción de piezas enfermas.

J. L. Petit (1673) cita en su "Traité des Maladies Chirurgicales" los éxitos terapéuticos alcanzados con oportunas extirpaciones dentarias en enfermedades de origen oscuro.

En los siglos XVIII y XIX se aceptaba que una dentadura en malas condiciones producía alteraciones en la salud general; pero se referían únicamente a los trastornos digestivos y nutritivos dependientes de la masticación imperfecta, a ciertos estados tóxicos del aparato digestivo, producidos por la deglución constante del pus bucal, a fenómenos neurálgicos iniciados en lesiones dentarias y periósticas del maxilar.

Fué Benjamín Rush en 1805 el primero que saltando por encima de estas nociones de innegable realidad, llegó al otro orden de fenómenos de mucho mayor importancia: las infecciones localizadas (dentales, etc.), como focos de origen de estados bacteriémicos generales con localizaciones secundarias a distancia.

Pasaron muchos años antes que investigadores como Rosenow y Billings, Julian Terrier, Nathan, Christophle y Mañón pusieran en boga el concepto de infección focal.

Como pasa siempre en Medicina, este concepto produjo una ola de entusiasmo y exageraciones, especialmente en los Estados Unidos.

Finalmente, llegamos a nuestros días, en que podemos estimar que este problema es apreciado en su justo valor.

En los niños se acepta y se investiga cuidadosamente la infección focal partida especialmente desde las amígdalas, pero evidentemente se pone menos cuidado en los dientes, que también están en la boca, esa magnífica incubadora de microbios con su temperatura, humedad y terreno óptimo para el desarrollo y multiplicación de ellos.

Tal vez la falta de importancia atribuida a los dientes de leche en la producción de infecciones generales se deba entre otras causas a que sus raíces poco a poco llegan a la reabsorción, a que tienen poca tendencia a la formación del granuloma radicular, o porque más tarde o temprano están destinados a caer, con lo que disminuye la infección a su alrededor.

Entre los pediatras que se han preocupado de las infecciones dentales en los niños podemos citar a Stettner, Eckstein y F. Lust.

Nuestra impresión personal es que los dientes de los niños juegan en muchos casos un papel muy importante en la etiología de diversos cuadros clínicos que podrían ser más comunes si los buscáramos con mayor dedicación y espíritu predispuesto.

Es evidente que para interpretar estos cuadros debemos ceñirnos a normas determinadas.

Nos parece muy exacta la pauta crítica dada por Marañón, quien propone los tres postulados siguientes, refiriéndose a las infecciones focales en general:

1.º) Es preciso que se trate de supuraciones de cierta importancia clínica por su intensidad o su persistencia.

2.º) Es necesario que haya variaciones paralelas entre la supuración y la afección que se estudia.

3.º) Es forzoso que la eliminación oportuna del foco supurativo ha de seguir una mejoría más o menos apreciable en todos los síntomas.

Naturalmente que cuando hay lesiones orgánicas graves, como por ejemplo, destrucción de cartílagos articulares con anquilosis consecutiva, poco se va a obtener con la extirpación de los focos primarios; pero esto no quiere decir que la extirpación de los focos sépticos no se ha de intentar en tales casos, pues con ello se conseguirá desde luego que desaparezca o disminuya el síntoma dolor, que es sin duda uno

de los más importantes, pues desaparece la inflamación aguda. También se podrá prevenir la aparición de nuevas lesiones en otros órganos.

Tampoco se puede perder de vista la formación de focos secundarios, es decir, el estado de infección crónica que queda muy frecuentemente en el apéndice, vesícula biliar, pelvis renal, y como tuvimos la suerte observar un caso en la nariz.

De estos hechos se deduce naturalmente la necesidad de perseguir, no sólo los focos primarios visibles, sino también los secundarios más ocultos.

Los órganos que más frecuentemente albergan focos sépticos según orden de importancia, serían para el adulto:

Los dientes;

Las amígdalas;

El aparato génito-urinario masculino;

El aparato genital femenino,

Los senos faciales;

Los bronquios;

El colon, recto y ano;

El apéndice;

La vesícula biliar; y

El oído.

Nos vamos a referir únicamente a los dientes, cuyas lesiones sépticas más importantes, siempre hablando del adulto, serían de tres categorías:

a) Las paradentopatías;

b) Las supuraciones abiertas de los dientes cariados y obturados que a veces dan lugar a la formación de abscesos y flegmones con sintomatología bien ostensible y conocida; y

c) Los abscesos alveolares que pueden existir ya en dientes obturados, ya en dientes aparentemente sanos, dando síntomas discretos y evidenciándose, no siempre, por la radiografía.

Veamos qué sucede en el niño: desde luego podemos dejar a un lado la paradentopía, conocida vulgarmente por piorrea.

Las supuraciones peridentales de los dientes de leche pueden ser de mucha importancia y producir ciertos cuadros que no hemos encontrado descritos y que veremos más adelante al exponer las observaciones.

Tenemos también los mismos abscesos alveolares del adulto, pero hay además el otro mecanismo de las osteítis apicales de que nos hablará más adelante el Profesor Tapia Depassier.

Ahora, aceptando a los dientes como puerta de entrada de una infección, ¿cómo se hace la infección a distancia?

Veamos primero cómo se infecta el diente. Ya decíamos más atrás que la boca es una magnífica incubadora de microbios.

Para el odontólogo americano Dunning habría en ella más de 112 variedades de bacterias las cuales pueden infectar la pulpa dentaria por la vía transdental, es decir, la caries avanza desde afuera, toma la pulpa, la infecta, la destruye y sigue a lo largo del conducto radicular hasta llegar al ápice; lo cual constituye la verdadera infección apical.

Además describe la vía peridental en que se haría la infección por debajo de la encía, levantando la adherencia peridental llegaría al alvéolo, y por último a la vía sanguínea.

Una vez que los gérmenes llegan al tejido óseo esponjoso encuentran todas las condiciones propicias para su ulterior desarrollo, manteniéndose allí durante meses, años y con frecuencia durante toda la vida del paciente. Pueden llegar a vencer su resistencia, lo que se traduce por alteraciones del hemograma, y luego a los distintos tejidos, produciendo lesiones secundarias.

Los gérmenes circulantes, sin la virulencia necesaria para producir una septicemia sólo podrán desarrollarse y resistir a la defensa del organismo en órganos adecuados donde las defensas actúen en mala forma por la escasa circulación, por los traumatismos frecuentes y otras causas no claramente establecidas.

Se dice que el número de portadores de focos sépticos es enorme, existiendo un porcentaje bajo de enfermos con infecciones focales. Esto estaría condicionado por la virulencia o poder invasor del microbio, la naturaleza y extensión del tejido infectado y por último la resistencia del paciente.

Entre los gérmenes que más frecuentemente se encuentran en el foco séptico están el estreptococo en sus distintas variedades, siendo corrientes el E. hemolítico y E. Viridans. puede existir también el estafilococo o asociaciones microbianas como por ejemplo diplococo Gram negativo, estreptococo y neumococo o enterococo, neumococo, estreptococo y bacilo Gram negativo.

Para el diagnóstico de focos sépticos, fuera del aspecto macroscópico de dientes enfermos, tenemos la radiografía; pero al respecto debemos tener presente que una radiografía negativa no excluye una infección que puede estar en el diente mismo sin existir un proceso de osteitis visible a los rayos.

También existe otro procedimiento que consiste en hacer aplicaciones locales de diatermia en el diente o grupo de dientes sospechosos, midiendo la temperatura del paciente antes y después de la aplicación.

Se considerarán como positivos los casos que presentan aumento de ella después de la aplicación.

Sirve también el dolor provocado por la percusión del diente sospechoso. En la fórmula leucocitaria de adultos, el señor Oscar Ugarte en su tesis para optar el título de Cirujano Dentista, encontró siempre una disminución a unos 4 millones de glóbulos rojos, generalmente una leucocitosis y eosinofilia.

De la profilaxis y tratamiento y ciertas modalidades del mecanismo de las infecciones focales dentarias en el niño, nos hablará con conocimiento de causas el profesor Carlos Tapia.

Las observaciones clínicas las hemos dividido en dos grupos; en el primero nos ocupamos detalladamente de casos de niños menores de 6 años, es decir de niños con infecciones temporales y en el otro grupo, de niños mayores con dientes permanentes, que los acercan más al adulto.

El primer caso que nos hizo preocuparnos del problema a que nos referimos en esta ocasión lo observamos en 1937.

Se trataba de un niño de 5 años, hijo único de padres bolivianos, que había presentado varicela y coqueluche a los 3 años.

A los 4 años consultó por parásitos intestinales. Como le encontramos su dentadura en mal estado lo enviamos al dentista para su tratamiento, pero este profesional estimó que por tratarse de dientes de leche no había nada que hacer!!

Un año más tarde el niño cayó con temperatura, palidez, mal estado general, fascies angustiada, soplo sistólico intenso de la base propagado a la clavícula izquierda, latidos caotíficos, se quejaba además de dolores a los hombros.

En los días siguientes los signos anteriores se acentuaron y se agregó disnea de esfuerzo.

Se pensó en una endocarditis reumática y se trató durante 21 días con 5 grs. de salicilato de sodio.

Investigando mejor la historia de nuestro enfermito, nos contó la madre que el niño antes de caer a la cama había presentado un edema del labio superior en su mitad izquierda y mejilla de ese lado con un poco de dolor en ese sitio.

Examinando la dentadura encontramos una caries de 4.º grado en el canino superior izquierdo con una fístula vestibular que supuraba abundantemente. Había además otro 4.º grado en el 2.º molar derecho temporal, fuera de otras caries de menos importancia.

La temperatura fué descendiendo a medida que disminuía la supuración de la fistula.

Un mes después de comenzada la enfermedad el profesor Tapia procedió a hacer la extracción bajo anestesia general de eripán de los 4.ºs grados.

En ese momento los signos cardíacos iban en franca regresión.

En octubre de 1937, se hizo un control. El niño estaba en muy buenas condiciones. Sólo quedaba un ligero soplo de la base. El examen funcional del corazón era normal.

Como comentarios a este caso, que consideramos muy interesante, vemos que un niño de 5 años al cual se le había recomendado arreglar su dentadura y no se le hizo por error del profesional consultado al respecto, presentó un absceso de la raíz del canino superior izquierdo, caracterizado clínicamente por el edema del labio y mejilla correspondiente a ese punto y por el dolor a esa región: presentó un estado septicémico febril con manifestaciones cardíacas, que no parecieron ser influenciadas por el tratamiento de reposo y salicilato a que fué sometido, y que fueron cediendo paralelamente al vaciamiento de este absceso por la fistula vestibular.

Como es regla —por lo que hemos encontrado— esta endocarditis focal dentaria sanó sin dejar secuelas.

El otro caso se refiere a un niño de 3 años de edad, que ingresó al servicio de Cirugía del Hospital del Río el 4 de mayo de 1937, con antecedentes hereditarios y personales negativos.

Se hospitalizaba porque 22 días antes había sufrido un golpe en la rodilla izquierda, quedando con grandes molestias en esa región.

Se encontró un niño en regular estado nutritivo, afebril, examen negativo fuera de un aumento de volumen de la articulación de la rodilla izquierda con movimientos muy limitados y dolorosos. Se palpaban ganglios aumentados de volumen y sensibles a la presión en la región inguinal izquierda.

La radiografía dió destrucción parcial de la epífisis del fémur con aumento de la opacidad intra-articular.

En presencia de esta artritis se procedió a descartar la lúes y tbc.

Una reacción de Wassermann fué negativa en el niño.

La radioscopia del tórax fué igualmente negativa, como asimismo las reacciones de tuberculinas y la misma la biopsia de uno de los ganglios infartados de la ingle izquierda.

El recuento y fórmula dieron: una ligera leucocitosis y eosinofilia.

El examen de la dentadura practicado por el Dr. Gómez Ugarte, fuera de muchas caries, descubrió un granuloma apical, visible a la radiografía, en la raíz del incisivo central derecho.

Con la extracción de él, la rodilla izquierda recuperó poco a poco su movilidad, cesaron los dolores y recuperó su tamaño normal.

Hicimos un control el 22 de octubre de 1937.

La rodilla izquierda se presentaba ligeramente aumentada de volumen, con cheque rotuliano; la palpación y los movimientos pasivos, ligeramente dolorosos.

Nuevos exámenes de tuberculinas y radioscopías fueron negativos, pero encontramos un cuerpo extraño (un botón de zapatos) que el niño se había introducido en el lado derecho de la nariz poco después de salir del hospital.

Extraído en oto-rino el cuerpo extraño por el Dr. Espinoza, desaparecieron las molestias articulares antes de 15 días.

Controlado nuevamente este niño en abril de 1938, se encontraba en perfectas condiciones y no había lesiones articulares en sus rodillas.

Este caso presenta el interés del segundo foco, que habría que diferenciar de los focos secundarios de que hablamos anteriormente, ya que éstos son metástasis sanguíneas de focos sépticos primarios en el apéndice, vesícula, etc., en cambio acá se trataba del nuevo foco nasal, independiente del anterior, dentario.

Para no alargar esta exposición citaremos dos casos de infección dental y enfermedad reumática en la infancia descritos por el Prof. F. Lust y F. Spanier en la D. Med. Woch N.º 25, junio 1930, página 1038.

El primer caso resumido se refiere a un niño de 5 años con un reumatismo sub-agudo, forma séptico-reumática, que fué tratado en todas formas sin resultados durante 14 semanas, cuyas temperaturas bajaron en crisis después de la extracción de 8 piezas dentarias enfermas.

CASO 2.—Niño de 6 años.

Tres semanas atrás angina acompañado a un típico reumatismo articular. Al comienzo temperaturas hasta 38.5 a 39.5 grados. Violentos dolores a la menor presión articular, al principio en ambos pies, luego rodillas, manos, después hombros y vértebras. Corazón negativo.

Desde el comienzo resultados muy favorables, con el salicilato de sodio; pasaron rápidamente los dolores articulares y mejoría de la movilidad, pero la temperatura permaneció mucho tiempo entre 37.4º-37.8º rectal.

Cada vez que se trató de dejarlo sin salicilato, aparecían de nuevo dolores y ligero aumento de las articulaciones que desaparecían al volver a emplear salicilato.

Los otros medicamentos tenían menos influencia que el salicilato, que obraba en forma sintomática, pero no causal.

Por el examen físico se constató un niño muy pálido y enflaquecido. Ganglio tamaño de una cereza, algo doloroso, ángulo maxilar derecho.

Garganta: amígdalas aumentadas, rojas, con exudado en las criptas.

Casi todos los dientes de leche cariados, de color negro y en parte destruidos.

Del alvéolo del primer premolar izquierdo superior sale algo de pus a la presión, encías tumefactas.

Articulaciones, especialmente de los pies, manos y dedos, dolorosos al movimiento, con poca tumefacción. Corazón: ningún signo anormal. Demás órganos internos (—). 55% desviación clara a la izquierda en la fórmula.

Tuberculinas negativas; orina sin albúmina.

La observación clínica establecía la influencia favorable del salicilato de sodio sobre la sintomatología dolorosa, pero ésta volvía al quitarlo.

Temperatura largamente subfebril.

A pesar de que la enfermedad habría comenzado con angina, por el pésimo estado de los dientes, se comenzó por extraer 5 de ellos con anestesia general.

Al día siguiente completamente afebril y desaparición de los síntomas articulares.

A pesar de la diferencia de ambos casos, dice el autor, es muy probable que su etiología sea la misma, y demuestra que también los dientes de leche pueden producir una sepsis, y que al no haber tomado en cuenta este foco no se habría obtenido la curación.

Ahora nos correspondería hablar de los casos de niños con focos de dientes permanentes, pero antes de hacerlo quisiera dejar constancia de que si he traído hasta el seno de la Sociedad de Pediatría casos no completamente bien estudiados como lo exigen las circunstancias, ello es debido por una parte a que las observaciones que hemos podido reunir junto con la señora González que hace su memoria sobre este tema para obtener el título de Cirujano Dentista, no son todo lo minuciosas que sería de desear, tal vez por la tendencia muy generalizada de no prestarle la atención que estas observaciones merecen. Quisiéramos también llamar la atención de los miembros de la Sociedad de Pediatría sobre estos casos de infección focal de origen dentario en el niño, los que estimamos podrían ser mucho más frecuentes si los buscáramos sistemáticamente.

Por observaciones que hemos conocido indirectamente, tenemos la impresión que existe un cuadro infeccioso caracterizado por temperaturas de más o menos larga duración, que inducen al clínico a pensar, en primer lugar, en una infección tifoidea, ante la negatividad de los exámenes correspondientes se pasa a investigar otitis, tbc., piuria, etc., con resultado negativo.

Podimos hacer la historia retrospectiva de una niña de 7 años, que presentó una afección febril en enero de 1936, que duró tres meses. En un comienzo la temperatura llegaba hasta 40°. Contaba la madre que la afección se había iniciado con tumefacción de la mejilla derecha y dolor en el segundo molar superior derecho de leche. La niña se quejaba además de dolor precordial, el que persistió algún tiempo.

Se le practicaron para explicar esta temperatura, exámenes de orina, reacciones de Widal, Paratífus y Weil Félix, hemocultivo, radioscopia del torax y tuberculinas, con resultado negativo.

Examinada más tarde, encontramos una caries de 4.º grado en el diente antedicho, con una fistula vestibular que daba salida a abundante cantidad de pus y además drenaba por los canales.

En vista de los exámenes practicados y de sus resultados negativos, sumado a los datos precisos que nos daba la madre, nos sentimos autorizados para pensar que el origen de su temperatura estuvo en el absceso apical del segundo molar superior derecho de leche, que vino a mejorar después de su abertura espontánea y su drenaje por la fistula vestibular y los canales.

Niñita de 10 años, estudiante. (Obs. del Dr. Morales Beltrami).

En el mes de enero de 1938 presenta temperaturas febriles, que poco a poco van aumentando.

En vista que no se encuentra ninguna localización que explique el estado febril se procede a hacerle los siguientes exámenes: recuento y fórmula que dieron una ligera leucocitosis de 10,000 glóbulos blancos. Las reacciones de Widal, Weil Félix y Paratífus A. B. fueron negativas al duodécimo día.

El examen dentario permitió apreciar una periodontitis supurada del segundo molar inferior derecho.

Se procedió a extraer el molar enfermo al treceavo día, inmediatamente después de haberse sugerido la posibilidad de que este cuadro correspondiera a una infección focal de origen dentario.

Al día siguiente la temperatura descendió a 36.8º y no volvió a ascender.

La enfermita fué dada de alta en perfectas condiciones.

Insinuamos pues la idea de pensar en un foco peridentalario cuando nos encontramos en presencia de un proceso infeccioso de larga duración, de etiología indeterminada. Su mecanismo sería muy semejante al de una otitis media supurada cerrada, por ejemplo.

Ayuda al diagnóstico la presencia del edema del labio o mejilla y el dolor, muy ligero, a veces espontáneo o provocado, a nivel de un diente con caries de 4.º grado. Examinando la dentadura se puede constatar el absceso gingival.

Estos procesos supurados podrían producir simplemente estados febriles, como en los dos casos que acabamos de ver o también localizaciones en el endocardio, como en el primer caso presentado.

Es indudable que tratándose de procesos supurados en la cara, haya también complicaciones intracraneanas como tromboflebitis, etc.; pero no conocemos ninguna observación semejante.

Para terminar sólo mencionaremos brevemente, por ser mejor conocida, las artritis de origen focal dentario.

Las artritis más frecuentemente son mono-articulares, pero pueden ser también poli-artritis; ambos grupos a su vez pueden o no ir acompañados de endocarditis.

El Dr. Gantes tiene la observación de un niño de 10 años que presentó una alteración del estado general, anorexia y una pérdida tal de memoria y de la atención que le impedían continuar sus estudios. Estos síntomas pasaron rápidamente después de extraer varias piezas dentarias enfermas.

Las lesiones cardíacas de etiología dental son frecuentes en el niño: hemos tenido ocasión de revisar después de varios años a niños que habían llegado a un grado tal de asistolia que se les hizo un pronóstico fatal (caso del Dr. Muñoz Valenzuela) y que sanaron después de la desfocación.

Lo interesante de ellos —es nuestra impresión personal— es que curan sin dejar trastornos de la función cardíaca, pues estos niños se desarrollan y juegan normalmente, persistiendo soplos más o menos intensos como única secuela de una grave polivalvulitis que los había llevado a la asistolia.

También conocemos glomérulo-nefritis de causa dental.

Finalmente, citaremos la observación del Dr. Valencia Courbis, de un niño de 6 años, que se le hizo el diagnóstico de una meningitis tbc., con el pronóstico consiguiente, que mejoró espectacularmente después de extraerle dientes enfermos.

Conclusiones

1) Las infecciones focales de origen dentario se presentan en el niño aun con dientes temporales y serían más frecuentes de lo que generalmente creemos.

2) Se hace necesario revisar con detención este capítulo para su mejor conocimiento.

3) Tanto el pediatra como el dentista deben prestar mayor atención al tratamiento de los dientes enfermos de los niños, única forma de prevenir las infecciones focales y muchos otros cuadros originados en ellos.

d) Con la desfocación se llega a conseguir curaciones rápidas y completas, que se podrían llamar milagrosas en casos desesperados.