

Oftalmología y odontología *Relaciones patológicas*

Es desde anos conocida la participación del sistema dentario en las relaciones patológicas del aparato visual. La denominación popular de dientes oculares a los caninos y premolares superiores ha nacido de la observación de hechos repetidos entre causas morbosas dentarias y afecciones oculares, así como de la comprobación de la eficacia terapéutica por la eliminación de la causa.

Las teorías de Rosenow, actualmente en boga, que preconiza la puerta de entrada de una enfermedad por el foco séptico, se ha difundido por el mundo científico y el foco séptico dentario juega uno de los principales roles.

No obstante se ha abusado igualmente en modo alarmante de dicha patogenia y no se ha titubeado en eliminar dientes ni muelas más o menos sanas, puentes y prótesis perfectamente colocados y tolerados, por la más leve sospecha, y la más de las veces sin conseguir el resultado que se hubiera deseado obtener, exponiendo al descrédito al profesional y al dentista. Hablo en lo que se refiere a la oftalmología.

El mausoleo de oro, refiriéndose a las piezas coronadas, cu-

briendo un foco de infección, ha sido culpado frecuentemente y no se ha trepidado en arremeter contra toda pieza protegida. —
o—

Existe en nuestra especialidad actualmente el gran problema que preocupa a los clínicos, pues dados los métodos de examen, aparatos y perfeccionamientos de los mismos, los diagnósticos son generalmente accesibles; no así el asunto etiológico.

Como en todas las ramas de la medicina existe cierto número de enfermedades) cuya causa exacta nos es a veces desconocida, por tratarse de lesiones análogas que pueden ser producidas por muy diversos factores.

Si al investigar cada una de las causa más frecuentes no la encontramos o al combatir la enfermedad ocular según la supuesta etiología, no obtenemos resultados, seguimos buscando y así en buen número de afecciones se ha pensado que en la boca estaba la causa más o menos directa de la enfermedad ocular.

Si se ha logrado la curación de la afección ocular por la intervención del dentista, el oftalmólogo afirma su criterio y convicción en la etiología dentaria y se hace un partidario decidido del

foco dentario; si los resultados han fracasado o han sido irregulares o imprecisos como sucede la más de las veces, queda con un criterio dudoso y con cierta confusión.

Hay que tener presente que en medicina las enfermedades y curaciones no se producen con exactitud matemática, que la relación de causa a efecto no es siempre exacta, pues debido o la multitud de factores que intervienen en un proceso patológico, es, muy difícil precisarlo.

Si a un paciente aqueja un síntoma subjetivo y practicamos una maniobra terapéutica cualquiera haciendo desaparecer al síntoma, no podemos decir que sea producto de nuestra intervención, hasta tanto que el hecho se repita buen número de veces, y en circunstancias análogas y que deje de producirse cuando esté ausente nuestra intervención.

Otra dificultad estriba en la

imparcial observación de un resultado terapéutico y en la de apreciar en qué proporción la curación es debida a nuestra intervención, pues afortunadamente la tendencia hacia la normalidad por medio de las defensas naturales del organismo es un factor activo y que no debe despreciarse.

Lo interesante sería poder dilucidar lo que es debido a estos factores y a lo *que* ha hecho el médico.

Además observamos continuamente enfermos no tratados por la terapéutica científica y hemos sorprendido a la naturaleza en su proceso curativo. La fina observación de ambas¹ situaciones y la experiencia adquirida por el número de enfermos atendidos produce lo que llamamos intuición clínica u ojo clínico, tan difícil de adquirir y tan descuidada hoy día, en que la mayoría se basa en tal o cual foco séptico que aún no ha sido eliminado o

en el resultado del análisis del laboratorio que complica aún más el problema originario, unido a esto la tendencia que existe en sistematizar o standarizar los hechos.

Las reacciones llegan, si bien tardías pero eficaces.

En una publicación del mes de enero del corriente año, en "American Journal of Oftalmología", de la meca, de la teoría de la infección focal (Chicago) ,en un trabajo sobre patonias de las iritis, se hace un estudio de 209 casos.

El Dr. Gilford, haciendo un porcentaje de cada foco séptico obtenido en cada enfermo, llega al siguiente comentario:

"No se debe pensar en un enfermo joven, de 20 a 25 años, que tenga una iritis y que se encuentren focos dentarios, amigdalinos, sinusales, apendiculares gonocócicos, en que estén en juego todas estas etiologías en su producción. Se debe pensar en la gonococcia, enfermedad de la juventud. No es necesario someterlo a una serie de operaciones, amigdalitis, sinusales, apendiculares previos o simultáneamente, el tratamiento de su iritis.

"En situaciones inversas, en un adulto de 50 a 60 años con 5 ó 6 focos sépticos probados, ante un problema etiológico, debe pensarse en las afecciones propias de su edad y del resultado del examen clínico de sus diversos síntomas y dirigir una terapéutica eficaz pero inofensiva. Axenfeld: Hemorragias juveniles del vitreo. *K. M. für A.*, 1930.

En su larga experiencia el malogrado profesor de Freiburg, elimina en absoluto la etiología de focos sépticos y acepta la tuberculosa. En su larga práctica ha estado en contacto con sin número de colegas americanos, ardientes defensores de la patogenia focal. Sin embargo los resultados y marcha evolutiva de la enfermedad, no han concordado con dicha patogenia.

Hemos tenido oportunidad de tratar a una distinguida enferma que tenía una infección ocular bilateral. Fue tratado previamente su estado general. Creyendo que de allí partía su enfermedad ocular se le extirparon dientes, raigones, apéndice, amígdalas, y sin embargo la afección ocular persistió, cediendo únicamente a aplicaciones de luz ultravioleta que actúa análogamente como el sol artificial depurado de sus rayos nocivos, mejorando notablemente de un proceso distrófico degenerativo de ambas córneas.

Después de estas consideraciones, ¿qué valor debe darse a aquellos que después de la intervención del dentista van o no seguidos de curación?

Indudablemente existen casos matemáticos en que la curación ocular ha seguido inmediatamente a la intervención bucal, pero existen contrastando una serie de casos de mejoría lenta, en que el proceso ocular no puede haber sido influenciado. Tampoco no es permitido asegurar que la

manifestación ocular no sea originaria dentaria, pues ésta pudo haber sido casual, pero la afección ocular puede ya tener su vida autónoma y puede no influenciarse por la eliminación del foco originario.

Las relaciones anatómicas de vecindad son factores que demuestran la indiscutible participación de dientes y ojos.

Existen casos evidentes de afecciones supuradas del seno maxilar de origen dentario historias de casos y la propagación de la infección al piso de la órbita interesando al nervio maxilar superior o provocando infección al tejido célula-adiposo de la órbita o de la región prelagrimal.

La propagación sanguínea puede producir en el ojo una metástasis de un foco infectivo dentario, igual que lo puede producir desde cualquier parte del cuerpo.

Por vía sanguínea de vecindad o colateral es más difícil concebir, pues el torrente circulatorio del aparato "dentario no pasa al globo ocular, sino dando toda la vuelta por intermedio de la cir-

culación general.

La vía nerviosa influye evidentemente en estas relaciones. La participación del sistema simpático parece muy posible, dados los conocimientos modernos que tenemos. Un foco irritativo puede provocar a distancia fenómenos vasomotores o tróficos constituyendo por sí lesiones caracterizadas por trastornos nutritivos o de inervación, o provocar zonas de menor defensa orgánica por inervación defectuosa, facilitando la invasión de bacterias que en otras circunstancias no habían podido proliferar.

AFECCIONES DENTARIAS

Las alteraciones dentarias capaces de provocar las perturbaciones oculares son la carie y la periostitis alveolo-dentaria, sobre todo, en las molares superiores, sin excluir, si bien más raras, los incisivos. Las piores, las implantaciones viciosas, las intervenciones forzadas y violentas, las prótesis mal dispuestas, destrucción o desnudación de filetes dentarios, las pul-

pititis, los abscesos del ápex, etc. La radiografía puede demostrar alteraciones al nivel de las raíces, quistes, abscesos que se señalan como focos originarios de la lesión ocular o como puntos irritativos del sistema nervioso.

Estos focos radicales aparecen en la radiografía con el aspecto de zonas transparentes, rodeando a la raíz dentaria, conteniendo a veces productos infectados y otros tejidos destruidos químicamente al tratar las canalículas y que constituyen tejidos muertos; o pequeños secuestros que pueden o no infectarse posteriormente.

Tampoco es posible afirmar que estas zonas claras sean siempre quistes infectados, pudiendo ser zonas de osteítis rarificantes por el trastorno nutritivo óseo alrededor de una pieza desvitalizada.

Las muelas del juicio que tantos trastornos producen, sobre todo su importancia en la neuralgia del trigémino, no son señaladas sino excepcionalmente como causas oculares.

Las complicaciones de las caries (fistulas dentarias, flemones apicales, periodontitis, osteoperiostitis, sinusitis, etc.), tienen más probabilidad de ser factor etiológico.

Afecciones oculares

Es difícil poder resumir los casos descriptos de lesiones oculares producidas por influencias dentarias, pues se han referido tantos y tan variadas afeccio-

nes que toda la patología se encuentra englobada en dicha patogenia.

No obstante pueden clasificarse de la siguiente forma:

Alteraciones vegetativas. — Lagrimeo (muy importante), blefaritis, hiperhemia conjuntival, queratitis, glaucoma.

Alteraciones motrices. — Espasmos, contracturas, paresias y parálisis de la acomodación, miopías, bléfaroespasma, estrabismo.

Alteraciones nerviosas. — Neuralgias periorbitarias (muy importante), fotofobia, ambliopías intermitentes, etc.

Además infecciones de vecindad (orbitario lagrimal) cuando el seno maxilar está infectado (flemón prelagrimal, celulitis orbitaria, neuritis, etc.).

Las afecciones corneanas comprendidas en el grupo neuroparalítico (queratitis neuroparalítica, herpética, dentífrica, etc.).

Las iritis que no presentan un tipo clínico definido en un sentido clínico conocido o presentan el tipo de iritis séptica.

Dentro de este grupo de lesiones, debe buscarse, cuando no salta la vista otra etiología, la patogenia dentaria.

Fromaget, en informe de la Sociedad Francesa de Oftalmología, en 1925, "Relaciones de los dientes con los ojos", refiere un gran número de enfermeda-

des, pero existen muchos casos de excepción.

Las neuritis retrobulbares, algunos autores han querido atribuir las al foco séptico dentario pero no han tenido una confirmación concluyente.

En situaciones de encontrarse con enfermos con algunas de estas afecciones que no siempre tienen su única y exclusiva iniciación dentaria, debe adoptarse el siguiente procedimiento: de enviar el enfermo al dentista debe preguntarse si encuentra de preferencia en el maxilar superior, del lado de la lesión ocular, una causa dentaria o de sus anexos capaz de producir una lesión ocular. En caso afirmativo que obre como mejor juzgue para eliminarla.

Debe dejarse en libertad al dentista, de hacer lo más indicado incluso la radiografía y que

el mismo la interprete, pues siempre lo hará mejor que nosotros.

No debe pedirse sea arrancada una corona ni un puente si el dentista no nos dice que existen amplias probabilidades de que estén infectadas las raíces correspondientes, pues nos exponemos a una situación difícil con el enfermo si efectuada la operación bucal no mejora la lesión ocular.

Es de remarcar que algunas veces, los médicos llegan a sospechar del origen dentario de la afección por exclusión, cuando ya ha ensayado sin éxito tratamientos dirigidos a las causas más probables que le han parecido.

Por esto es necesario estar al contacto si es posible con el mismo dentista que en otros casos ha sido consultado e informarlo sobre el éxito obtenido con

los enfermos anteriores tratados, para que el mismo colabore a nuestra búsqueda.

No se puede negar que en casos de afección ocular rebelde a los tratamientos se acude al dentista análogamente como se encarga un análisis de orina o sangre o una biopsia, buscando un apoyo a una situación de duda.

La patogenia de la relación óculodentaria es la más de las veces vaga y confusa y el tratamiento tiene dificultades y tropiezos profesionales que aumentan el excepticismo que reina en este asunto.

Cuando los oculistas dudamos del origen dentario de la enfermedad ocular, o cuando las piezas sospechosas están coronadas, convendría abrir el foco radicular o bien trepanando la pieza en el sentido axial o haciendo una trepanación exploradora atravesando el alveolo al nivel del ápex.

Según nos dicen los dentistas americanos, esto es fácil efectuarlo en los incisivos y caninos, no así en los grandes molares con sus tres raíses.

Si hubiera un foco purulento o un quiste se obtendría una beneficiosa influencia de la afección ocular. En tal caso si la influencia queda patentada, nada cuesta hacer la intervención radical, del ápex.

De esta manera no se arriesgaría extraer estérilmente una pieza al enfermo.

Conclusiones

1a.—Es indudable que existen relaciones patológicas entre el sistema dentario y el aparato visual.

2o.—El oculista debe ampararse de la mayor circunspección al pronunciarse sobre el factor etiológico, máxime si sospecha en el sistema dentario, para no efectuar una intervención desgraciada y estéril para el enfermo.

3a.—Debe hacer examinar meticulosamente las regiones vecinas a la órbita, seno frontal, maxilar, esfenoidal, etmoidal, cavidad nasal, eliminando los diátesis y enfermedades generales o de órganos más o menos alejados, antes de pronunciarse por la patogenia dentaria.

4a.—Cuando se trate de fenómenos al parecer funcionales como 3a midriasis, parálisis de la acomodación, espasmos, ambliopías, etc., debe dirigirse ante todo el examen del lado del sistema nervioso, y si éste fracasa, entonces pensar en la patogenia dentaria.

5a.—No dejar de pensar que en ciertos casos la lesión dentaria puede ser una coincidencia o una causa ocasional.

6a.—La carie y la periostitis alveolo-dentario, son las lesiones que más frecuentemente originan complicaciones oculares.

La dentición retardada, los dientes o molares comprimidos caninos o primeros molares; las extracciones violentas y dolorosas, las prótesis, etc., pueden por contragolpe influenciar al ojo.

7a.—No dar mucha importancia a las zonas rarefactas de la

radiografía, en cambio interpretar los dientes o molares muertos sin causa artificial,

8a.—Antes de efectuar cualquier intervención bucal radical, efectuar una trepanación exploradora.

9a.—En las neuralgias periorbitarias lagrimeo, fotofobia sin explicación franca, orientarse, en dicha patogenia.

10a.—Tener presente que más de las tres cuartas partes de la humanidad padece del sistema dentario y no se cuidan la boca, por poco frecuentes que sean las complicaciones oculares la gran mayoría de éstas tendrían un origen manifiesto dentario, en cambio se observan raramente enfermos en tratamiento por los dentistas de afecciones supuradas o infectivas dentarias que tengan complicaciones oculares.