

## El reumatismo de origen dentario

Por el doctor Mathieu-Pierre Weil.  
Médico de los Hospitales de París

Entre las múltiples causas de las afecciones reumáticas, las afecciones dentarias ocupan uno de los lugares principales.

Aun cuando es verdad que no son tan frecuentes como lo quieren ciertos autores del otro lado de la Mancha, sin embargo es particularmente importante conocer esta etiología a causa de las sanciones terapéuticas que se imponen y que, solo ellas y de manera rápida pueden proporcionar éxito. Benjamín Rush, en 1819, habla por la primera vez de un reumatismo de origen dentario.

Es verdad que aquí y allá en la literatura médica anterior a Rush se encuentran observaciones que parecen demostrar que estas relaciones no habían pasado del todo inadvertidas a los autores antiguos. En Hipócrates se encuentra la observación de dos enfermos en quienes las manifestaciones reumáticas se curaron con cuidados dentarios. Pero para decir verdad es menester llegar a Chaisaígnac (1859), Richet (1865), para ver acusar la septicidad bucal como causa de afecciones reumáticas; Galippe y los hermanos Tellier insisten en esto a fines del

siglo pasado. Pero a quien debemos la noción, hoy clásica en los países de lengua **inglesa**, sobre la infección focal es a **Billings** (de Chicago), a Goldthwaite y **Rosenow**. En Francia, Frei, Rous-seau-Decelle, Weton (tesis 1923), Ruppe, Lebedingski, Mendel, Lagrande. Fargin, Fayolle, Nidergang, Peire, etc., se empeñan en estudiar este problema; en el extranjero, Buckley, Wilcox, Singer, Chvostek, etc.

La frecuencia de las infecciones focales en materia de reumatismo fue a su vez diversamente apreciada. Es de un 35% para A. Bassler, 50% para Pemberton, según Gwerman, el tercio o la mitad de los casos de artritis reumática serían debidos a un foco de infección; el porcentaje sería más elevado en casos de osteoartritis. Según Billinger, Coleman y Hibbs, corresponderían 386 casos sobre 411 enfermos estudiados; según Buckley, se observarían en un 95% de los casos; según Wilcox, el gonococo no intervendría en materia de artritis crónicas sino en el cinco % de los casos solamente; todos los otros serían debidos a un proceso de «infección focal».

El foco de infección puede estar localizado en, no importa en que punto del cuerpo; amígdalas, dientes faríngeos, seno maxilar, frontal o esfenoidal (este último merece **especial** atención durante el **examen**), **próstata**, **vesículas** seminales, apéndice, **estómago**, intestino, vesícula biliar, ovario y sus anexos, epiplón, etc. La infección intestinal sería particularmente frecuente, siendo ella misma la consecuencia de **lesiones dentarias** o faríngeas. Los clínicos ingleses piensan **delatarlas cuando** encuentran estreptococo en las **materias** fecales, según **Rutch**, se trataría de un estreptococo de **largas cadenas** que normalmente **faltarían** en el contenido **intestinal**. Más excepcionalmente la inflamación inicial podría residir *en* lesiones ulcerosas de la **piel** (**Shittenholm**, **Sehlecht**, **Taylor**).

Así pues, el punto de partida de la infección puede estar en no importa en **que región** del cuerpo. Sin embargo, en la práctica, es en los dientes y en las amígdalas que se observa más comúnmente y en donde importa buscarlo.

Según **Wilcox**, el punto de partida de la infección reside 10 veces sobre 100 en la región amigdalina, 12 veces en el intestino, 72 veces en los dientes; el origen buco-faríngeo se observaría el 95 % de los casos **según** Buckley. Los dientes y las encías serían pues en muchos **casos** la causa más **frecuente de la infección**. Sin embargo, **Lillie** y **Lyons** consideran que las amígdalas son responsables de las artritis, por lo menos, en el 79% de los casos. **Pemberton**, sobre una serie de 700 casos, **estima** que el foco principal de la **infección** se encuentra en las amígdalas en el 52% de los casos, y en los **dientes** y las encías en el **33%** de los casos. Según **Cecil** y **Archer**, dientes y amígdalas serían la causa un 94% de los casos de reumatismo; las **amígdalas** intervendrían en un 61% de los casos, y los dientes en un **33%** ■

La lesión **dentaria** más frecuente consiste en granulomas apicales y en piorrea alveolodentaria; pero puede tratarse también de pulpitis, de abscesos apicales, de dientes de prótesis, de dientes envuel-

toso disimulados bajo una cápsula de oro. De donde la utilidad de practicar sistemáticamente la radiografía de los dientes y de los senos. Pero esta misma puede ser suficiente; la punta de la raíz de un diente puede dar **cultivos de** microbios virulentos sin observar-e ninguna legión microscópica (**Munro**)' El foco infeccioso puede estar en los maxilares sin **dientes** 290 casos, Fusterman

encuentra 129 casos o sean un 45% , una raíz persistente o un pequeño foco aséptico al cual no duda en atribuir el reumatismo.

Timbrell Fischer opone las consecuencias de la piorrea a las de la infección apical: la primera, que tiene tendencia a drenar hacia la cavidad bucal, sería casi siempre generadora de acolia, de infección secundaria del intestino, de la ve-sícula biliar, del apéndice; lo contrario pasa con las infecciones apicales que tienen irás **tendencia** a pasar directamente a la circulación general.

Sin embargo, en el extrajera, ciertas voces discordantes comienzan a hacerse oír. Burray Ray escribe que el papel representado por las enfermedades de los dientes ha sido, desgraciadamente, muy exagerado; la extracción en conjunto y hecha sin discriminación, de los dientes en los reumatismales, es superflua e inútil. Un gran número de estas infecciones llamadas apicales están cerradas y desde el punto de vista práctico no son el sitio de **ninguna** reabsorción».

Desde 1921, Llewellyn Jones **dirige severas críticas a** la doctrina del origen bucal del reumatismo. **Gudzent**, en su **libro** reciente, dice haber hecho quitar las amígdalas a un gran número de enfermos de reumatismo y que los resultados no han respondido a lo que se esperaba; sobre 24 enfermos examinados con cuidado, que presentaban manifestaciones de reumatismo y una angina purulenta, cinco solamente retiraron beneficio manifiesto de esta operación : en estos casos se trataba de enfermos subfebriles y de reumatismo sub-agudos, y existían en las **amigdales** verdaderos focos purulentos: en todo caso, Gudzent jamás obtuvo resultado en los sujetos atacados de poliartritis **crónica, progresivas**, primitivas, de evolución apiretica y sin ataques sub-agudos.

**Holsti** declara que, en el hombre sano, las amígdalas, son en cierta manera, regular y normalmente el sitio de ligeras inflamaciones **crónicas**. Pero, según el autor, si la angina precede a los reumatismos agudos en el **71,4%** de los **casos**, no precede a los reumatismos recidivantes sino en el 43, 7'1 y a los reumatismos crónicos en el 22,2 % solamente. Por otra parte, la angina lacunar persiste, en general, después de la curación del proceso articular; rara vez la evolución es inversa. Entre el proceso amigdaliano y el proceso articular no sería sino uno de los síntomas de la **enfermedad** articular, **que ella sea aguda, recidivante o crónica**.

Tauberg hace notar que en su estadística, que tiene sobre 76 casos de reumatismos agudos, 63 de reumatismos secundarios y 257 de **poliartritis** crónicas primitivas, el 79% de los enfermos eran mujeres ;por lo demás la edad no es indiferente, este autor nota, como ya lo había visto Charcot, dos edades en las cuales son mis frecuentes las manifestaciones reumatismales: la una entre los 20 y 30 años, la otra entre los 40 y 50 años. Esta estadística, dice el, no es favorable a la noción de infección.

Cassidy considera la artritis reumatoide como una entidad clínica, una enfermedad particular que pertenece enteramente a las mujeres, a las cuales ataca en los períodos iniciales de la vida. No es común, dice, encontrar un foco séptico en estos casos: los líquidos articulares son estériles como la **sinovial** de muchos sujetos en los cuales ha tomado fragmentos durante la vida. No es sino en un caso sobre cincuenta que ha podido encontrar un estreptococo; aunque los cultivos fueron hechos en medio **aerobios y anaerobios**, piensa que en este caso hubo una contaminación por la piel. El au-

tor no cree que la artritis reumatoide sea de origen infeccioso, pero piensa que se trata de alteraciones metabólicas.

Según Jones Llewellyn igualmente, la artritis reumatoide no sería de origen infeccioso. Su frecuencia va a la par, en los diferentes países, con el bocio endémico exoftálmico. Este autor insiste sobre la frecuencia, en estos enfermos, de alteraciones vasomotoras de tipo de la enfermedad de Raynaud.

En múltiples trabajos hemos insistido sobre la multiplicidad de causas de las manifestaciones reumatismales para que sea posible no tener en cuenta nuestra opinión. En la inmensa mayoría de casos, el reumatismo manifiesta causas diferentes a la infección; en la inmensa mayoría de casos está ligado a alteraciones distroóficas y endocríneas. Sin embargo la existencia de artritis debidas a infecciones focales no puede ser discutida. Pero las observaciones explícitas y completas son raras.

Las más típicas son las siguientes: Rousseau-Decelle refiere la observación de un enfermo de reumatismo crónico en el cual la extracción de los dientes cariados determinó la curación.

Juan Troisier ha publicado la observación de una mujer de 57 años en la cual las crisis de reumatismo venían casi siempre después de una sesión en el consultorio del dentista para la extracción u obturación de una pieza o evolucionaban paralelamente aun absceso dentario terminado por la evacuación del pus.

Santón y Debertrant han referido, hace ya bastante tiempo la observación de un hombre que presento, a la vez un adenoflegmon submaxilar y artritis múltiples, después una colección purulenta que abierta curó todo: los accidentes. Billing ha publicado la observación de cinco enfermos en los que el tratamiento faringo dentario determinó la curación de un reumatismo que había resistido a todos los otros tratamientos.

Marañón refiere la observación de un enfermo que se movía con dificultad debido a importantes artritis de la rodilla y del raquis, y que se paseaba ocho días después de un tratamiento dentario. Según este autor, conviene pensar en un reumatismo de origen dentario cuando existen lesiones dentarias supurativas y que el enfermo tiene tendencia a establecer una filiación entre los accidentes articulares y dentarios. Se verá, frecuentemente, en tal caso, ataques febriles, a veces premonitores y un "estado de aspecto **infeccioso**.

Thésee refiere la observación de un enfermo en el cual las crisis de reumatismo aparecían cuando se

detenía una evacuación purulenta de la encía. Desde que el curso de secreción purulenta se restablecía los accidentes articulares desaparecían.

Duelos comunica la observación de un enfermo que presentaba después de **mucho tiempo accesos** repetidos de lumbago rebelde a todas las terapéuticas, y en el cual la curación definitiva (9 años) siguió al raspado de **un foco oseoperiapical después de la extracción** de un diente infectado.

Nosotros mismos **hemos tenido ocasión** de ver en estos últimos años un cierto número de casos indiscutibles de reumatismo de origen focal. En muchos **de estos** casos se trataba de **focos dentarios**.

En un hombre de 50 años que vino a consultarnos por un reumatismo grave, que apareció **bruscamente**, dos meses antes, acompañado de fenómenos agudos y **que** le impedía todo trabajo; solo la infección dentaria pudo ser considerada como la causa de su reumatismo; a la **extracción** de los dientes enfermos curó este hombre como por encanto.

Con Weissmann, Netter y Oumansky, hemos referido a la Sociedad médica de los **hospitales** la observación de una mujer de 48 años, largo tiempo **estudiada en** el servicio del profesor **Bezancon** y que curó instantáneamente con la extracción de los dientes infectados.

Recientemente, he visto un hombro de unos cuarenta años, que presentaba desde hacía **va-**

ríos meses un estado agudo que recordaba la enfermedad de **Bouillaud**. El salicilato de soda administrado a dosis de 12 Y 16 gramos por día no dio sino una mínima tregua.

Un diente sospechoso fue encontrado después de un **examen sistemático y sin** embargo se dudo en intervenir, 15 días después se presentaba una crisis de **supuración** peridentaria que obligó a **la extracción** inmediata del diente y que fue seguida de la **atenuación rápida** y de la **curación** de los **fenómenos articulares**.

En otro caso, en una **mujer de unos sesenta** años que era víctima de una crisis de un reumatismo generalizado, que se había vuelto importante y grave, y que hacía dos meses la tenía inmovilizada en su cama, la supresión de unos raigones incluidos, produjo la desaparición **inmediata** de las mani-

festaciones dolorosas y fue el punto de partida de un retorno rápido de la salud.

Estas observaciones, entre otras muestran todo el interés de la cuestión.

Cierto, no es preciso atribuirá la infección dentaria un papel desmedido que no tiene. En **materia** de determinaciones reumatismales es un error el querer buscar en los dientes la causa de reumatismo, y locura como lo hacen en ciertos países el extraer los dientes, **sistemáticamente**, a los **enfermos** de reumatismo. Pero si importa no caer en esta **exageración**, es preciso, igualmente, evitar el peligro contrario. Es un error grave el no pensar sistemamente en la infección dentaria en presencia de **todo reumatismo**. El desconocimiento de esta causa lleva diariamente a graves errores terapéuticos.