

Estudio sobre las afecciones oculares de origen dental

Por el doctor O. BJERRUM.

Jefe del servicio dental el hospital universitario de Copenhague.

Se sabe que la cuestión aferente a las relaciones que existirían entre las afecciones oculares y los desórdenes dentales no es de fecha reciente. Hipócrates, autor de tantas cosas, observó en otra época que las afecciones dentales pueden influenciar órganos téjanos. La denominación de idéntico colmillo que vulgarmente se da a los caninos demuestra, en efecto, que ciertas observaciones clínicas han sido hechas en este dominio.

Ya en 1728. Fauchard ha hecho observar en Francia las relaciones que existen entre las enfermedades dentales y ciertas afecciones generales. En este orden de ideas, el célebre cirujano francés Boyer ha llamado la atención en 1840 sobre la importancia que presentan los dientes. Además yo haré observar que hace más de 25 años que se ha interesado mucho de las relaciones que existen entre las enfermedades dentales y las afecciones oculares. Sin embargo, es el Americano Rosenow quien en 1914 ha dado un serio impulso a este estudio.

No está demás decir que, después de Rosenow, casi todos los autores americanos e ingleses que

han hecho aparecer publicaciones médicas y odontológicas se han declarado adeptos fervientes de sus teorías, reconociendo un origen dental a toda una serie de afecciones oculares. En Europa, por el contrario, se ha observado una actitud más reservada, pero han venido *de todos los países* informaciones casuísticas dispersas, relatando un parentesco entre ciertas enfermedades dentales y afecciones oculares.

La literatura nórdica no contiene pino un caso, expuesto en un resumen muy sumario por Elander, aparecido en una revista dental sueca (1917). Los diferentes autores son unánimes en reconocer a las enfermedades dentales una gran importancia relativamente al origen de afecciones oculares. Por ejemplo, algunos estiman que en la mayoría de los casos, las iritis que no en de origen sifilítico tienen un origen dental, mientras que otros, más sobrios en sus apreciaciones, se limitan a atribuir este origen a 10% más o menos de los casos. Consideradas desde un punto de vista general, las afecciones oculares no pueden tener su origen en enfermedades dentales sino en tres casos, a saber:

1° contigüidad; 2° metástasis (que siguen los vasos sanguíneos o linfáticos); 3° reflejos. Las afecciones del globo ocular y de la órbita

El primero de estos grupos comprende las enfermedades del globo o de la órbita, determinadas por afecciones dentales y cuya transmisión se hace directamente por los tejidos conectivos; estas afecciones están fuera de duda.

Schmidt-impler (Viena, 1898), informa también que muchos enfermos, en los que una avulsión de dientes fue seguida de ceguera, sufrían de una afección en el seno maxilar que había servido de vía de transmisión. Sin embargo, la superficie exterior de la pared ósea del seno maxilar puede igualmente llevar la inflamación hasta el ojo; tal ha sido el caso en un paciente de Irse en quien se produjo una ceguera completa después de una atrofia del nervio óptico en relación con

la extracción del segundo premolar superior; en el caso en cuestión se trataba de una periostitis alveolar purulenta de la superficie anterior del maxilar superior que al franquear el borde de la órbita había penetrado en la órbita misma y había provocado una inflamación del tejido celular, y ésta trajo consigo a su vez una neuritis óptica seguida de atrofia del nervio óptico.

Graefe-Saemisch (Berlín, 1875) pretende que la substancia infecciosa que contienen cavidades inflamadas en las proximidades de la vena facial anterior puede penetrar en la órbita (flemón y tromboflebitis) en el seno maxilar y hasta la base del cerebro; esta substancia infecciosa puede determinar por una tromboflebitis la obstrucción de los vasos venosos de la dura-madre y de la vena oftálmica del otro lado. Observaciones análogas han sido hechas por Picus, por Paul Pesme

(1929) y por Lagrange y Mathieu. En el hospital universitario de Copenhague, hemos visto dos casos en que la relación entre una afección y la otra, es decir una lesión dental y un flemón de la órbita, era evidente (Revista médica danesa *Ugeskriftfor Leager*, 1925).

Fístulas y dacriocistitis

Igualmente se puede ver en la región de los ojos fistulas comunicando con una inflamación de las raíces dentales. Ahora bien, ocurre que estas fistulas afectan los síntomas de una inflamación de las glándulas lagrimales. Sin embargo, el origen de estas fistulas que parten de los dientes (caninos o molares), se abre lo más a menudo un poco más abajo que lo hacen las fistulas originarias de las glándulas lagrimales. Meyerhot relata un caso en que el pus había penetrado a través del hueso remontando a lo largo de la superficie de éste, hasta el borde interno en donde había perforado la piel. Nos ha sido posible observar un caso análogo. Se trataba de una periodontitis purulenta crónica cerca de un diente canino.

Una verdadera dacriocistitis

determinada por una perforación directa del saco lacrimal y originaria de un absceso de raíz dentaria ha sido señalado por Lempert, pero son sin duda, casos excesivamente raros.

Igualmente se encuentra, aunque en casos raros, una fistula cerca del borde externo que tiene su origen en un premolar o de un molar del maxilar superior. En el hospital universitario de Copenhague hemos visto una fistula originaria de una afección dental y que se abrió cerca del borde externo, se trataba de una niña de 14 años que sufría de un quiste folicular infectado por el primer molar del maxilar superior.

Nos es raro comprobar una conjuntivitis simple combinada con una periodontitis aguda del mismo lado. Así, hemos tenido recientemente un caso de periodontitis aguda (del segundo premolar) acompañada de un edema particularmente acentuado que había ocasionado el cierre casi completo del ojo izquierdo. El sitio de la lesión era de un rojo muy oscuro e inflamado; se notaba que los párpados estaban pegados el uno con el otro, un flujo moderado de líquido lagrimal y dolores encima de los ojos. To-

1° contigüidad; 2° metástasis (que siguen los vasos sanguíneos o linfáticos); 3° reflejos. Las afecciones del globo ocular y de la órbita

El primero de estos grupos comprende las enfermedades del globo o de la órbita, determinadas por afecciones dentales y cuya transmisión se hace directamente por los tejidos conectivos; estas afecciones están fuera de duda.

Schmidt- Rimpler (Viena, 1898), informa también que muchos enfermos, en los que una avulsión de dientes fue seguida de ceguera, sufrían de una afección en el seno maxilar que había servido de vía de transmisión. Sin embargo, la superficie exterior de la pared ósea del seno maxilar puede igualmente llevar la inflamación hasta el ojo; tal ha sido el caso en un paciente de Hirsch en quien se produjo una ceguera completa después de una atrofía del nervio óptico en relación con

la extracción del segundo premolar superior; en el caso en cuestión se trataba de la periostitis alveolar purulenta de la superficie anterior del maxilar superior-*que* al franquear el borde de la órbita había penetrado en la órbita misma y había provocado una inflamación del tejido celular, y ésta trajo consigo a su vez una neuritis óptica seguida de atrofía del nervio óptico.

Graefe-Saemisch (Berlín, 1925), pretende que la substancia infecciosa que contienen cavidades inflamadas en las proximidades de la vena facial anterior puede penetrar en la órbita (fiemen y tromboflebitis) en el seno maxilar y hasta la base del cerebro; esta substancia infecciosa puede determinar por una tromboflebitis la obstrucción de los vasos venosos de la dura-madre y de la vena oftálmica del otro lado. Observaciones análogas han sido hechas por Picus, por Paul Pesme

(1929) y por Lagrange y Mathieu. En el hospital universitario de Copenhague, hemos visto dos casos en que la relación entre una afección y la otra, es decir una lesión dental y un flemón de la órbita, era evidente (Revista médica danesa *Ugeskriftfor Leager*, 1925).

Fistulas y dacriocistitis

Igualmente se puede ver en la región de los ojos fistulas comunicando con una inflamación de las raíces dentales. Ahora bien, ocurre que estas fistulas afectan los síntomas de una inflamación de las glándulas lagrimales. Sin embargo, el origen de estas fistulas que parten de los dientes (caninos o molares), se abre lo más a menudo un poco más abajo que lo hacen las fistulas originarias de las glándulas lagrimales. Meyerhot relata un caso en que el pus había penetrado a través del hueso remontando a lo largo de la superficie de éste, hasta el borde interno en donde había perforado la piel. Nos ha sido posible observar un caso análogo. Se trataba de una periodontitis purulenta crónica cerca de un diente canino.

Una verdadera dacriocistitis

determinada por una perforación directa del saco lacrimal y originaria de un absceso de raíz dentaria ha sido señalado por Lempert, pero son sin duda, casos excesivamente raros.

Igualmente se encuentra, aunque en casos raros, una fistula cerca del borde externo que tiene su origen en un premolar o de un molar del maxilar superior. En el hospital universitario de Copenhague hemos visto una fistula originaria de una afección dental y que se abrió cerca del borde externo, se trataba de una niña de 14 años que sufría de un quiste folicular infectado por el primer molar del maxilar superior.

Nos es raro comprobar una conjuntivitis simple combinada con una periodontitis aguda del mismo lado. Así, hemos tenido recientemente un caso de periodontitis aguda (del segundo premolar) acompañada de un edema particularmente acentuado que había ocasionado el cierre casi completo del ojo izquierdo. El sitio de la lesión era de un rojo muy oscuro e inflamado; se notaba que los párpados estaban pegados el uno con el otro, un flujo moderado de líquido lagrimal y dolores encima de los ojos. To-

dos los síntomas se atenuaron rápidamente después de la extracción del diente.

Las afecciones córneas
Según Bach, tal como el herpes de 3a cernea es casi siempre de origen dental, ha demostrado que los dientes cariados de estos enfermos contienen siempre el virus del herpes y ha demostrado, al mismo tiempo, la presencia de dientes muy defectuosos en enfermos afectados de esta enfermedad. Baeh ha probado igualmente que es posible **provocar** un herpes de la córnea inoculando en la de un conejo sustancias extraídas de los **granulomas** de raíces dentales. Está inclinado a creer que la infección tiene lugar por el trayecto de los nervios hasta la córnea, sabiendo que el herpes se propaga por las vías que siguen los nervios. Sin embargo

una infección directa aportada; por el enfermo mismo del diente al ojo (infección con los dedos) podría también considerarse como posible.

Jost, de Estrasburgo, **ha visto*** la queratitis sanar por un tratamiento dental, lo cual también ha sido comprobado por Straeten..

La iritis

Pasemos ahora a considerar la **iritis**, y la iridocicüitis, *que son* aparentemente las afecciones oculares *que* más Pian interesado* a la gran mayoría de los autores. Las relaciones que existen entre las afecciones dentales y la **iritis** han suministrado materia para numerosos artículos, especialmente de E. C. Rosenow,

Sería superfluo entrar aquí en detalles de las teorías y experiencias de este autor. Sus experiencias tienden a probar, como se

sabe, que los cultivos de microbios retirados de los granulomas y de accesos de las raíces dentales en enfermos atacados simultáneamente de afecciones oculares provocan igualmente en los animales que sirven a la experimentación un porcentaje elevado de enfermedades oculares: estima haber demostrado, en fin, que en ciertas condiciones el estreptococo viridans se transforma en estreptococo hemolítico. Este punto está todavía sujeto a discusión.

En cuanto a la teoría sobre, la propiedad colectiva de los microbios, no parece tampoco reposar sobre una base suficientemente establecida.

Haden, uno de los discípulos más distinguidos de Rosenow, es un partidario ardiente de esta teoría; sin embargo, la electividad en cuestión no ha podido ser todavía comprobada en Europa.

Bach declara que los estreptococos aparecen regularmente en los granulomas, no son patógenos para los ratones así como tampoco no manifiestan electividad para el ojo de conejos. Introducidos en el ojo no se diferencian de ningún modo de los microbios pió-

genos **ordinarios.**

Kenneth Campbell niega la existencia de iritis reumatismal y estima que las iritis provienen el 9% de los casos de afecciones bucales y de la nutrición

¿Pueden las lesiones dentales ser causa de iritis?

B. F. Lassd es de opinión que de 176 casos de iritis, 71 provienen de infecciones de la boca.

Sir W. Lang- pretende que de 215 casos que se han podido observar como de origen séptico, 139 remontaban a orígenes piórricos de otro origen dental.

Worth estima que el 50% de los casos se deben a un estado séptico de la cavidad bucal o a un estado análogo.

Frederik declara que de 200 casos de iritis una piórrica alveolar era la causa exclusiva en 74 casos.

Belle, Krebs y Patterson señalan casos de curación de líi iritis por tratamiento dental.

Benedikt estima que el 20% de las iritis se deben a afecciones dentales o tonsilares,

Bedel hace observar que el iris, el cuerpo ciliar y la coroides constituyen las partes del ojo que se

asocian indiscutiblemente con la infección dental; los otros tejidos se ven atacados muy raramente.

Llamas informa casos de iritis y de iridocitiitis con mejoría desde el comienzo de un tratamiento exclusivamente dental.

Bach ha tenido oportunidad de someter a un estudio dental a 50 enfermos afectados de iritis y de iridocitiitis de origen no determinados, con exclusión previa de todos los casos sífilíticos así como de todos los enfermos que manifestaban signos de tuberculosis.

Para estos 50 casos ha podido encontrar comprobaciones dentales negativas en 4 casos, lo cual significa que en 92% de los casos en estudio ha hallado dientes cariados, periodontitis crónicas o piorreas alveolares. Estas averiguaciones permiten establecer como conclusión que este estudio

no ha revelado nada de nuevo que lo que generalmente se observa en individuos que no sufren de afecciones oculares. Es pues un resultado bastante modesto. En lo que concierne a las iritis simples, ha hallado lesiones dentales positivas relativamente frecuentes del mismo lado *es* donde se hallaba la iritis. En los enfermos que sufren de iritis comprueba que los dientes del maxilar superior están mayormente afectados que los del maxilar inferior.

Los hallazgos dentales positivos consistían en raigones y en dientes con granulomas cuya presencia podía ser probada clínicamente y operatoriamente. No ha habido paradentosis sino en muy débil proporción, sea una observación que concuerda, bien con la experiencia que hemos adquirido de un modo general y según

la cual la piorrea alveolar es relativamente menos nociva al conjunto del organismo que los abscesos de las raíces o los granulomas.

Bach refiere que en 3 casos la evolución estaba caracterizada por una mejoría notable después de avulsión.

En el *Journal of the American Medical Association*, 1923, Irons Brown han dado cuenta de un conjunto de 100 casos de iritis. De éstos había 9 cuyo origen dental era aparente (absceso alveolar) y de 5 entre esos 9 casos, fue imposible encontrar ninguna otra fuente de infección; en cada uno de los otros 4 casos, se pudo observar una infección de las amígdalas o del seno maxilar. En 43 pacientes se encontró un absceso de la raíz, 8 de estos enfermos habían sido colocados en el grupo de los sifilíticos, mientras que 15 pertenecían al grupo tonsilar; uno solo estaba atacado de lesiones del seno maxilar mientras que un grupo de 19 enfermos acusaba infecciones mixtas. En este último grupo se hallaban 2 casos portadores de una piorrea alveolar muy

neta y los autores añaden «que es muy posible que estos dos casos pertenezcan a iritis de origen dental», aunque nos halla sido demostrado por la experiencia adquirida que la piorrea alveolar se asocia a menudo con lesiones metastásicas.

En las dos terceras partes de los casos había más de una fuente de infección.

Ratón y Chassignol han dado a conocer en 1928 algunos casos de iritis cuya curación ha podido ser obtenida por tratamiento dental. Lo mismo ha sido el caso por Monbrun (París) y por Fromaget.

De 50 enfermos afectados de iritis y cuyo caso ha sido estudiado en último año universitario de Copenhague, en parte fuera del hospital, se han podido obtener los resultados reproducidos más arriba; sin embargo, es preciso agregar que ninguno de estos enfermos era sifilítico, pues tales casos fueron separados desde el comienzo de los estudios. He aquí los resultados de que se trata: 3 pacientes mostraron un esta-

do dental absolutamente irreprochable.'

En 5 enfermos faltaban todos los dientes del maxilar superior y algunos del maxilar inferior; los otros dientes estaban perfectamente sanos; la extracción de los dientes que faltaban había tenido lugar hacia muchos años.

6 acusaban una iritis doble, malos dientes, en los dos maxilares (periodontitis crónicas, granulomas), sin que el tratamiento dental hubiese determinado ninguna mejoría.

36 pacientes estaban atacados de iritis simple o de iridociclitis; entre estos enfermos 16 presentaban granulomas o periodontitis crónicas del mismo lado que la iritis, mientras que veinte enfermos sufrían de afecciones dentales simultáneamente del lado derecho y del lado izquierdo tanto en el maxilar superior como en el maxilar inferior.

En 6 de estos pacientes se creía haber comprobado una mejoría sensible después de la extracción de los dientes enfermos, pero algunos meses más tarde los enfermos volvieron, sufriendo de una

recidiva de su afección ocular.

En uno de mis enfermos, todos los síntomas de la afección ocular desaparecieron en el espacio de dos días después de haber extraído un molar con un pequeño absceso situado del mismo lado que la iritis; este enfermo había sufrido durante varios años de dolores de cabeza localizados en la nuca; este dolor ha desaparecido igualmente y desde entonces, es decir desde hace tres años, el enfermo no ha sentido ningún dolor y ha sanado de la iritis.

Se ha comprobado también, de vez en cuando, una coroiditis en relación con afecciones dentales, especialmente inflamaciones crónicas de los premolares en la mitad de la mandíbula correspondiente al ojo enfermo. Casos de este género han acusado una mejoría sensible después de la extracción dental y han sido observados por Wirtz, Guttmann y otros.

Terson ha dado a conocer un caso de neurorretinitis hemorrágica de origen dental *seguro* (1927).

Igualmente se han observado

casos de neuritis del nervio óptico conjuntamente con afecciones dentales (comunicados por Arnen, Hall, Wirtz, Hillemann, Dutoit, Bach y otros),

L. Dor escribe en la *Semaine dentaire*, 1925, que el desprendimiento de la retina puede deberse a granulomas, mientras que él estima que la piorrea alveolar puede provocar una catarata. Sin embargo, me parece que las pruebas en apoyo de esta teoría faltan todavía. Bach ha observado 5 casos de neuritis retrobulbar, todos en relación con estados patológicos dentales positivos, y piensa que en presencia de esta afección es conveniente eliminar siempre las fosas dentales eventuales, en especial porque él está inclinado a reconocer las relaciones estrechas entre las afecciones dentales, la neuritis retrobulbar y la esclerosis múltiple.

Inmediatamente después que apareció el artículo de Bach tuve ocasión de examinar desde el punto de vista dental dos pacientes que sufrían de una neuritis retrobulbar: estos dos enfermos tenían sin embargo dientes completamente sanos, de modo que no había en ellos, en todo caso,

ninguna relación entre una afección dental y la neuritis. Esto, se sobre entiende, no atañe al hecho que hay que contar que a veces existe una relación entre una intoxicación crónica y las neuritis, y que la intoxicación crónica es precisamente la consecuencia de afecciones dentales crónicas. De otra parte, es evidente que desde el momento que se pretende con seguridad que una neuritis retrobulbar pueda ser provocada por inflamaciones en el seno etmoidal o en otras cavidades secundarias es preciso interesarse en las afecciones dentales, y eso tanto más cuanto pueden existir relaciones estrechas entre afecciones dentales y afecciones que están situadas en las cavidades secundarias.

Los pacientes afectados de glaucoma se quejan a veces de dolores dentales que desaparecen después de los accesos de este mal; Paul Brusselman ha hecho la descripción de casos de este género.

A causa de intoxicación después de un acceso de difteria, de tifus o de influenza, se puede observar durante cierto tiempo una astenopía que se atenúa progre-

sivamente durante un período más o menos largo. De otra parte, se oye quejarse a enfermos que sufren de afecciones dentales crónicas, especialmente de accesos purulentos o de granulomas, de un debilitamiento progresivo de la vista y que se sienten fatigados y molestos; al tratar tales casos, ya sea por la sección de (a raíz o por la extracción de los dientes enfermos y por la eliminación de las fosas dentales, se ve volver en poco tiempo el gusto de la vida. En estos casos se trata ciertamente de una intoxicación constante por microbios virulentos de las fosas dentales. Las afecciones reflejas del ojo Para terminar diré algunas palabras sobre las afecciones reflejas del ojo que pueden tener relaciones con enfermedades dentales.

Fromaget opina que los granulomas dentales pueden ocasionar lesiones oculares reflejas, no solamente para el agente microbiano que contienen, sino además por fenómenos locales de irritación.

No es raro que enfermos que sufren de una pulpitis se quejen de dolores encima del ojo; ocurre aún que los enfermos no acusen otro síntoma que "dolor en el ojo", a pesar de que la afección de que verdaderamente sufren sea una pulpitis situada lo más a menudo cerca de un diente del maxilar superior. A la inversa, ocurre que enfermos afectados de iritis o glaucoma se quejen especialmente de dolores de dientes mientras que éstos están completamente sanos.

No es raro observar en unión con la pulpitis, una epífora muy pronunciada durante los accesos de dolor, como igualmente puede ocurrir que la conjuntiva esté inyectada. Son todos esos casos que desaparecen instantáneamente después que se somete a tratamiento *el* diente culpable.

Las inflamaciones dentales pueden provocar dolores en el ojo.

De este estudio puede por lo tanto concluirse que a las afecciones dentales se asocian a veces afecciones oculares — más rara-

mente que lo que creen los autores ingleses y americanos, según puede juzgarse -pero con mayor frecuencia sin duda que lo que se cree en la mayoría de los países europeos.

Según toda posibilidad, se trata lo más a menudo de un efecto tóxico determinado por toxinas microbianas, y la explicación de ello sería especialmente la rapidez del efecto producido para la eliminación de las fosas dentales; si se tratase de una infección que fuese introducida en el ojo, confieso que no me explicaría su interrupción inmediata por la supresión de su causa primordial (es decir el diente). Si por el contrario se admite la teoría de un efecto tóxico es evidente que por la supresión de la fosa dental que engendra el tóxico, el efecto de la intoxicación deberá cesar en un plazo más o menos largo.

Se encontrará, también, infección metastásica, pero es más difícil descubrir la relación existen-

te porque no es de rigor en este caso observar un efecto evidente, a pesar de la extracción. Al aplicar un tratamiento dental a enfermos de los ojos, cuya afección es de origen desconocido, debemos tratar las fosas dentales como si ellas fuesen la causa de la afección ocular. Tal será el caso por ejemplo cuando se trata de afecciones oculares infecciosas o tóxicas que son un peligro para la vista y para las cuales no se conoce de antemano causas originarias, como la sífilis o la tuberculosis.

Así como ha dicho A. Terson será preciso recordar que un diente enfermo puede, por más excepcional que esto sea, engendrar una neuritis óptica de las más graves y, por su ablación, conjurar la ceguera.

Conviene también no olvidar esa otra advertencia del mismo autor; «Se conservan muchos dientes que son peligrosos no sólo para la vista sino para la vida.»
De *El Siglo Médico*.