

INFECCÃO DENTARIA E SYNDROMOS SYMPATHICOS TEGUMENTARES *

pelo

Prof. CIRNE LIMA

Cathedratico de Clinica odontologica

“Obedecem á influencia de modificações physicas ou chimicas do meio interior as perturbações funcçionaes ou as desordens pathologicas de origem humoral, do systema sympathico. As alterações chimicas dos humores resultam, especialmente, de intoxicações exógenas, de auto-intoxicações e das secreções internas. As reacções physicas dos humores, cujas causas se desconhecem, são evidentes num phenomeno que Widal denomina *colloidoclasia* e que é peculiar ás diferentes variedades de choque. Claude Bernard proporcionou a todos os physiologistas a faculdade de determinarem, no systema nervoso, em geral, e no sympathico, em particular, localizações electivas de diferentes venenos, de origem mineral, vegetal ou animal, o que equivale a estabelecer uma verdadeira *physio-pathologia histo-chimica do sympathico*, com determinação de *syndromos sympathicos toxicos por affinidades electivas*. As condições de irritabilidade do systema sympathico variam com as do meio interior e dependem, por isso mesmo, das secreções internas. Os hormonios que, com mais frequencia, determinam disturbios funcçionaes do sympathico são a thyreoidina e a adrenalina.

O *choque nervoso* compreende uma série de actos reflexos inhibitorios, consecutivos a uma violenta excitação do systema nervoso. Roger distingue, no choque nervoso, tres variedades principaes: *choque traumatico, choque operatorio e choque moral*. Os symptomas do choque nervoso (colapso com insensibilidade, abolição de reflexos, pelle e mucosas frias e exangues, pulso pequeno e rapido, ás vezes imperceptivel, respiração igualmente rapida e superficial, obnubilação psychica; e, ás vezes, reacção violenta, com calefrios, vomitos, hyperthermia, respiração e pulso menos fraco, tegumentos quentes e coloridos, depois constipação e retenção de urina), estão, segundo Roger, estreitamente ligados a desordens funcçionaes do systema sympathico. Accrescente-se, porém, que o choque nervoso parece ser, em muitos casos, de origem humoral. Chega-se assim ao estado do *choque anaphylactico*, rotulo com que Besredka designa a sideração do systema nervoso consecutiva á

*) Trabalho apresentado ao 3.º Congresso Odontologico Latino-Americano (Julho — 1929).

anaphylaxia, “curiosa propriedade que possuem certas substancias de augmentar, ao invés de diminuir, a sensibilidade do organismo á sua acção toxica”. O estado anaphylactico é um dos factores essenciaes da differenciação individual. E, segundo Richet, a individualidade humoral é tão caracteristica, como elemento de personalisação, quanto a individualidade psychologica. E a symptomatologia do choque anaphylactico é essencialmente *sympathica*”.

É necessario repetir que excitações do trigemeo despertam reacção reflexa do sistema *sympathico*. Além disso, os productos de secreção microbiana podem tornar-se extremamente toxicos, si surpreendem o individuo em estado de *allergia*. As proteínas microbianas, tendo previamente sensibilizado o organismo, podem, quando reintroduzidas na circulação, desencadear reacção anaphylactica. Explica-se, assim, a possível ingerencia da infecção dentaria na determinação de syndromos *sympathicos* tegumentares.

Erythema. — O *erythema* é, evidentemente, resultante de perturbações vaso-motoras, em que se patenteia o determinismo de um factor *sympathico*, condicionado por influencias individuaes de aptidão morbida. Vem a proposito a seguinte observação clinica:

“Mlle. I. M., 24 annos de idade, submette-se aos nossos cuidados profissionaes com intuito de fazer obturar alguns dentes cariados.

Feito o exame, verificamos que, além das lesões a que ella se referia, havia, na face lingual dos incisivos inferiores, regular quantidade de tartaro dentario.

Obturados os dentes, (carie de 2.º grau) e concluido o tratamento da gengivite banal, a paciente pediu que examinássemos com mais attenção o segundo premolar di-

reito, que, de vez em quando, dava a impressão de estar “maior do que os outros”. — E, accrescentou, “ultimamente, pela manhã, ao despertar, essa sensação de alongamento do dente, sobre ser mais accentuada, coincide com uma pequena mancha avermelhada que apparece neste lado do rosto, sem que haja, na pelle, qualquer irritação apparente. “Verdade é, disse ainda a paciente, que isso não me preoccupa, porque, á hora do almoço, por exemplo, a tal mancha é quasi invisivel! O que me impressiona é o estado do dente que talvez não fosse bem curado”.

O premolar incriminado, ligeiramente sensivel á pressão buccopalatina, ostentava uma pequena restauração a amalgama de prata, que occupava uma parte da face oclusal e uma outra, um pouco maior da face posterior.

A obturação, por pequena, não autorizava a supposição sequer de que o canal radicular houvesse sido convenientemente obturado. Além disso, o estímulo electrico não conseguiu despertar a minima reacção dolorosa. Impunha-se, portanto, a abertura franca do dente. Estavamos, porém, de viagem marcada para dous dias depois, e, nessas condições, dissemos á paciente que lhe seria melhor recorrer a um outro dentista.

Poucos dias após o nosso regresso, Mlle. I. M. volta ao consultorio, pela manhã, declarando que, por ter experimentado algumas melhoras, durante a nossa ausencia, resolvera esperar que voltássemos para dar inicio ao tratamento do dente.

Nesse dia, a despeito do pó de arroz, era nitidamente visivel, no fundo claro da face pallida, um pouco abaixo da região malar direita, uma pequena mancha rosea, arredondada.

Aberto o dente, encontrámos vasio e infectado o canal radicular. Instituido o respectivo tratamento, a mancha erythematosa desapareceu immediatamente.

Ha cinco annos que o dente foi novamente obturado, e até agora não ha signal daquella evidente reacção vaso-motora.

Além da acção do sympathico, havia, no caso, a influencia manifesta da hereditariedade, creando a predisposição: — o pae da paciente, homem reconhecidamente nervoso, soffre, desde muito moço, de erupções cutaneas, as mais das vezes pruriginosas, que seu medico attribue, baseado na efficacia da medicação, a disturbios do systema sympathico”.

Prurido. — O prurido é o exaggero das sensações cutaneas elementares, que emanam das fibras sensitivas do grande sympathico. A necessidade de coçar fortemente os pontos que comicham provoca, não raro, pela acção das unhas sobre a pelle, pequenas hemorragias. E' isso que assignala, quasi sempre, a exaustão sensitiva, o fim da crise pruriginosa. Mas é, nesse periodo, que se installam dermatoses decorrentes daquelle traumatismo, as quaes entretanto, não se confundem com as *dermatoses prurigenas*, por isso que, nestas, a erupção precede ao prurido e não está sob a dependencia de traumatismo recente. A infecção dentaria pôde ser ponto de partida dessas reacções cutaneas. E Price nos dá, a proposito, o testemunho desta observação clinica:

“A paciente sentia, por todo o corpo, uma tão intensa comichão, que até lhe parecia dolorosa. E se coçava com tanta força, que não podia evitar que a pelle sangrasse á acção das unhas. A radiographia assignalou, como provavelmente infectado, um incisivo lateral superior. Foi trepanado o dente e extirpada a polpa, putrefacta. Nesse dia, a irritação cutanea attingiu proporções de verdadeiro desespero. Tratava-se, possivelmente, de um choque colloidoclasico. O dente foi extraído. Com a extincção do fóco microbiano, cessou completamente o prurido”.

“O mesmo autor cita um caso de dermatose escamosa, localizada na superficie palmar de ambas as mãos e acompanhada de accentuado enrijamento dos dedos. Tratava-se de um pianista profissional, que, por muito tempo, estivera impossibilitado de trabalhar. Ficou completamente restabelecido, depois da extracção de um dente infectado”.

Syndromo de Raynaud. — “*Gangrena symetrica das extremidades* é o titulo com que Maurice Raynaud designa uma variedade de gangrena secca, que, sobre ser symetrica, independe de qualquer alteração anatomica apreciavel do systema vascular. O syndromo de Raynaud compreende tres phases successivas, das quaes a ultima, felizmente, nem sempre se realiza: a *syncope local* e *asphyxia local* e a *gangrena symetrica*.

A *syncope local* caracteriza-se, objectivamente, por pallidez, frio, secura, pequena diminuição de volume da extremidade, persistencia da mancha branca determinada por compressão momentanea; e subjectivamente, por uma penosa sensação de frio e de constricção, que pôde tornar-se dolorosa ou coexistir com phenomenos de paresthesia ou mesmo de anesthesia.

Quando á *syncope local* succede a *asphyxia*, a pelle se torna cyanotica. Todas as partes attingidas dão ao contacto da mão, impressão de frio intenso, de que o doente tem a sensação subjectiva. O thermometro permite a verificação da baixa da temperatura local. O frio augmenta a cyanose das extremidades e a dôr surda que a acompanha.

A *gangrena symetrica* exaggera os disturbios que caracterizam a *asphyxia local*. As extremidades, intensamente cyanosadas, são frias, anestesiadas e, apesar disso, muito dolorosas, com sensação de formigamento, dilaceração e calor fervente. Conforme opina Laignel Lavastine, o syndromo de Raynaud é determinado pela excitação dos ner-

vos vaso-constrictores, qualquer que seja a causa: peripherica ou central, infectuosa, toxica (exógena, endógena, endocrínica) ou mesmo colloidoclasica.

Justifica-se, pois, a transcripção, neste capitulo, da seguinte observação clinica que Price desenvolve:

“O paciente, homem de 50 annos de idade, sujeita-se, tres annos antes, á amputação de um dedo do pé. Mais um dedo do pé, um anno depois gangrenára e fôra tambem amputado. Quando Price examinou o paciente, um outro dedo do mesmo pé apresentava signaes evidentes de que ficaria tambem gangrenado, devendo ter, portanto, o mesmo destino que tiveram os outros dous. O paciente tinha, entretanto, varios dentes infectados. Supprimidos que foram esses fôcos de infecção, o dedo, que estava na imminencia de gangrena, retornou ao estado normal”.

Syndromo de Quinke. — O edema agúdo angio-neurotico ou *syndromo de Quinke*, caracteriza-se pela tumefacção edematosa circumscripta, que sobrevém, por crises, na pelle, no tecido sub-cutaneo e occasionalmente nas mucosas. E’ comprovadamente um disturbio vagotonico. A vaso-dilatação activa e a transudação serosa que coexistem quasi sempre, mas pôdem independer uma da outra, exteriorizam a vagotonia, a qual, por sua vez, pôde ser determinada por infecção dentaria. O caso que vamos descrever é, nesse sentido, bem caracteristico:

“E. H., 38 annos de idade, foi, certa vez, obrigado a retirar-se inesperadamente da mesa de um banquete, poucos instantes depois de servidos os dous primeiros pratos. E’ que, sem sentir a minima dôr, o seu rosto começára a inchar, de um momento para outro, e, em menos de meia hora, o edema occupava quasi toda a hemi-face direita. O paciente tinha no maxillar supe-

rior e exactamente no lado direito, um dente fistuloso: — primeiro premolar. O edema, fosse embora indolor e de evolução assás rapida, foi por elle attribuido a uma exacerbção daquelle fôco de infecção chronica. Por esse motivo, entendeu de bom aviso fazer bochechos quentes com cozimento de malva e applicação de compressas frias na face. Tres dias depois, o edema desaparecera. Ao fim de um mez, porém, quando participava de um baile de gala, sentiu algo de estranho no labio superior. Olhando-se num espelho, verificou que o labio estava visivelmente inchado. Devia ser uma repetição da crise anterior. “Tratava-se, por certo, de um outro surto inflammatorio, tendo por ponto de partida o dente fistuloso”. Foi esse o raciocinio que o paciente fez. O edema, desta vez, era mais volumoso, porém sempre indolor. A partir dessa época, os surtos edematosos agúdos repetiram-se mais a meúdo. Isso contribuiu fortemente para que o paciente antecipasse a sua projectada viagem á Europa. Chegado a Berlim, teve uma nova crise edematosa. Seu medico assistente confirmou o diagnostico de syndromo de Quinke e indicou formalmente a extracção do dente fistuloso. Desde ahi, cessaram definitivamente esses disturbios vagotonicos”.

Pellada. — Entre todas as causas geradoras de reflexos trophicos, as de origem dentaria são indubitavelmente as mais frequentes ou pelo menos as melhormente estudadas.

A excitação dos nervos dentarios propaga-se directamente á totalidade dos tegumentos da face e da parte antero-lateral do craneo, por diversos ramos do quinto par, e muito facilmente tambem aos tegumentos da porção posterior do craneo e aos do pescoço, por continuidade da raiz do mesmo nervo com os nucleos originarios dos primeiros pares cervicaes”.

A intimidade dessas relações nervosas ex-

plica a frequencia, naquellas regiões, de repercussões reflexas de origem dentaria, as quaes se revelam, em muitos casos, por perturbações trophicas.

Os notaveis trabalhos de Jacquet, sobre a origem neuro-trophica da pellada, confirmam de modo absoluto a natureza reflexa da affecção e salientam a importante co-operação etiologica do aparelho dentario.

E' certo que a pellada só medra em terreno "convenientemente predisposto", quer proceda de irritações organicas, gastro-intestinaes ou broncho-pulmonares, quer decorra de causa traumatica ou de infecções chronicas gengivo-dentarias.

A chronicidade de taes infecções é de indiscutivel valor no estudo pathogenico da pellada, pois que a continuidade e a repetição das excitações são mais importantes do que a sua intensidade".

Ellas se propagam, pelo mechanismo do reflexo, a pontos precisamente delimitados da superficie cutanea, cujo trophismo perturbam de modo profundo e duravel.

Jacquet relatou, na Academia de Paris, a seguinte observação: "A paciente, ao inter-nar-se no hospital, apresentava uma vasta area de depilação no lado direito da nuca, provavelmente de origem dentaria. Tratava-se de um terceiro molar inferior direito, infectado, que já fôra ponto de partida de varias crises inflammatorias agúdas. Havia, á pressão, hyperesthesia objectiva nos pontos de emergencia de nervos, á direita. A paciente, havia 18 mezes, soffrera dores intensas ao nivel daquelle mesmo dente. Por

essa occasião, a dysphagia dolorosa não lhe permittia que se alimentasse sufficientemente. Alguns mezes depois, installou-se a placa glabra, do tamanho de uma moeda de 5 francos.

O dente infectado é fonte continua de irritação iterativa; e o couro cabelludo, quando hereditariamente predisposto, passa a ser zona de repercussão da irritação inicial.

Eis como se explica a possibilidade de cura da pellada, com a suppressão de um fóco de infecção dentaria".

Wesley T. Lee, professor de Dermatologia da Universidade de Boston, descreve o caso clinico de um "homem, de 35 annos de idade, portador de uma grande placa de alopecia areata, totalmente desprovida de cabello e localizada na região occipital. Nos ultimos 4 annos, o paciente estivera em tratamento com varios especialistas, que, além de unguentos e loções, indicados, para applicações topicas, em taes casos, recoreram ainda, por longo tempo, ás correntes de alta frequencia e aos raios ultra violeta. Prescreveram-lhe tambem rigoroso regime alimentar, mas, a despeito desses cuidados therapeuticos, o paciente não melhorava. Elle tinha, porém, varios dentes cariados e, consequentemente, infectados. A gengiva apresentava tambem signaes evidentes de inflamação chronica. Extinctos que foram os fócos de infecção dentaria, o paciente ficou completamente curado da pellada".