



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

INTERPRETACION CONCEPTUAL Y SEMANTICA DE "FOCO SEPTICO"

JOSÉ PRESMAN *

La bibliografía cita (10-11) dentro de los más antiguos antecedentes de infecciones localizadas en la cavidad bucal, con repercusión en regiones alejadas de la misma, a Hipócrates, y con más detalle al médico Arad-Nana, que de acuerdo a un escrito cuneiforme encontrado en las ruinas de Nínive y Assur (650 a de C.) habría curado al Rey Annafe-Essa de sus dolencias, gracias a la extracción de sus elementos dentarios.

Actualmente todos los profesionales aceptan el concepto de que un proceso infeccioso localizado, puede actuar a distancia del mismo. En lo que no parece haber acuerdo es en cuanto a su denominación, a la localización de dicho proceso mórbido, a la importancia del mismo, a su forma de actuar, a su frecuencia en la patología sistémica, etc.

Creemos que las divergencias se deben fundamentalmente al hecho de un falta de caracterización integral, aceptada por todos, respecto a lo que significa "Foco séptico".

Una demostración de lo que decimos es, por ejemplo, el hecho de que en el Index Medicus (6) no figure el término foco séptico sino el de infección focal ("focal infection") al que se interpreta como sinónimo.

Asimismo distintos autores dan a su vez distinta interpretación a la expresión infección focal o foco séptico. Para algunos (4-9) "infección focal ha sido definido como sepsis, que llega desde un foco de infección inicial a una infección secundaria en un tejido u órgano cercano o alejado" y para otros este concepto "resulta inapropiado (al referirse al término infección focal) si se aplica a

* Profesor Titular de la Cátedra de Semiología de la Facultad de Odontología de la U.N.C.

sus consecuencias a distancia, porque ellas no siempre son de carácter infeccioso (8)", o bien le dan una interpretación completamente distinta: "foco séptico: cuando un anidamiento bacteriano en los tejidos, provoca reacciones necrótidas centrales, con reacción periférica inflamatoria o sin ella (2).

Lo mismo sucede cuando se asimila el término "foco de infección" al de "foco séptico" (5-3), como si el concepto foco séptico se refiriese exclusivamente al hecho de existir infección.

Ello en realidad no es así y está perfectamente aclarado por Mathis (7) en sus definiciones:

"¿Qué es un foco? Considerada en forma anatomopatológica, es una modificación *inflamatoria* crónica, una zona *lesionada*, desde la cual se pueden esparcir, continua o ininterrumpidamente *irritaciones* hacia estructuras próximas o alejadas de todo el organismo (pág. 13)".

Y más adelante especifica sin ninguna duda:

"Definición aproximada del concepto de foco. Como foco entendemos una *zona de lesión permanente* desde la cual *parten irritaciones* de distintos tipos y que por vías distintas son capaces de sensibilizar estructuras próximas o alejadas y, finalmente, sistemas concretos del organismo (pág. 17)" (el subrayado es nuestro).

Es evidente que en ningún momento se habla de proceso infeccioso o de la necesidad de la presencia de gérmenes en el foco como para que podamos identificarlos como infección focal (focal infection).

Podemos aún señalar la contradicción entre quienes definen el concepto de "foco de sepsis". Así, para algunos es:

"foco de sepsis: cuando el foco séptico permite el pasaje de microorganismos a la sangre en forma permanente, con reactividad anómala de los tejidos comprometidos (2)". Y para otros:

"un foco de infección ha sido definido como una área circumscripta infectada con microorganismos los cuales pueden o no tener manifestaciones clínicas (4)".

Por los motivos expuestos, nos permitiremos hacer algunas reflexiones sobre la interpretación conceptual y semántica de los llamados focos sépticos, teniendo en cuenta los aspectos: anatomopatológicos, bacteriológicos, inmunológicos, fisiopatológicos y clínicos.

Desde el primigenio concepto de foco séptico, éste se identificó fundamentalmente con *alteración a distancia* dependiente del foco primitivo, con el que guardaba una relación de causalidad.

Pareciera entonces, de acuerdo a esta acepción original, que el solo hecho de existir una infección localizada no implica necesariamente que el mismo tenga una acción a distancia. Por lo tanto una infección localizada sin acción a distancia, pareciera que no podría ser sinónimo de foco séptico.

Deberíamos entonces comenzar por identificar bien, cuáles deben ser las condiciones indispensables y necesarias para poder hablar de un foco séptico en su *sentido original* y desde este punto de partida, deducir las distintas situaciones que pudiesen plantearse en el ejercicio práctico de la profesión.

Entendemos por foco séptico:

“Toda infección localizada, circumscripita en cualquier lugar o locus de una mucosa, piel o cavidad (natural o artificial), en general pobre en vasos, provocada por gérmenes patógenos: vivos o muertos, que tienen una acción a distancia permanente o intermitente, ya sea por diseminación de gérmenes vivos (por vía sanguínea o linfática o por pase directo a otras partes del cuerpo), o por toxinas de dichos gérmenes, o por antígenos de los mismos gérmenes muertos, o por alteraciones de las proteínas de los tejidos, producidas por acción de los gérmenes, que comúnmente tiene una evolución crónica, que en determinados momentos puede agudizarse, que determinan alteraciones infecciosas o inmunológicas o tóxicas o neurotróficas o reactivación de procesos mórbidos pre-existentes, siempre a distancia del locus o lugar patológico original, que pueden o no ser evitadas mediante la eliminación del foco primitivo de infección”.

Se deduce que los tres conceptos básicos de la definición consisten en:

- 1º) son *infecciones* localizadas;
- 2º) por lo tanto *deben existir gérmenes* patógenos vivos y/o muertos; y
- 3º) *debe existir una acción a distancia.*

Si no se cumplen estos requisitos no se puede hablar de foco o locus o lugar séptico. Y decimos focus o locus o lugar séptico porque foco da más idea de cavidad o encierro hecho que no siempre

se cumple, pues puede estar localizado en una mucosa o piel. Ejemplos: faringitis estreptococcica y piodermitis.

Por todo ello es que sugerimos como más preciso el término de locus séptico o si se prefiere: *lugar infeccioso*.

Como por otra parte se habla en la práctica de foco séptico, para referirse a procesos que actúan a distancia pero que *no tienen gérmenes* patógenos vivos ni muertos, estimamos que es indispensable ampliar la terminología hasta ahora empleada y hablar en estos casos de *foco o locus o lugar aséptico*.

Este nuevo y original concepto sería aplicable a:

“Todo proceso patológico que siendo localizado,

tiene acciones a *distancia*:

tóxicas o antigénicas o neurotróficas,

a pesar de *no ser séptico*,

es decir de no ser provocado por gérmenes patógenos vivos y/o muertos”.

En este caso sería imposible hablar de infección focal (focal infection).

Estos focos o loci o lugares asépticos son muy frecuentes en la patología odontoestomatológica. Ejemplos: Granuloma apical aséptico, quiste dentígeno aséptico, elemento dentario incluido aséptico o tumor maligno aséptico.

En última instancia sería mucho más útil y semánticamente más exacto si en vez de hablar de foco séptico o infección focal o foco de infección, etc., se hablase de: *locus o lugar patógeno con acción a distancia*, ya que dicha denominación *no prejuzga* sobre la existencia de *gérmenes patógenos o no*.

En el primer caso, es decir con gérmenes, sería el: *locus o lugar patógeno séptico* y en el segundo caso: sin gérmenes, un *locus o lugar patógeno aséptico*.

En lo que sí estamos de acuerdo con los autores, es respecto a la necesidad del tratamiento de todo locus o lugar patógeno, ya sea: séptico o aséptico, y se demuestre o no su acción a distancia.

Esto surge de tres hechos:

- 1º) que la función del odontoestomatólogo es salvaguardar la salud de la cavidad bucal, tenga o no el locus o lugar séptico o aséptico repercusión general;
- 2º) que no siempre se puede demostrar fehacientemente que el locus o lugar patógeno sea séptico o no; y

- 3º) que no siempre se puede demostrar que el locus séptico o aséptico tenga o no relación de causalidad con la sintomatología a distancia.

¿El por qué de estas dos últimas reflexiones?

1º) Porque en estomatología es muy difícil sino imposible, poder determinar en ciertos procesos mórbidos si éstos son o no sépticos. Por ejemplo, un granuloma apical o un quiste apical, procesos tan comunes en la práctica diaria, muchas veces difícil de distinguir entre sí sin el auxilio de la anatomía patológica y que *pueden o no estar infectados*. Todos los estomatólogos están de acuerdo en aceptar que tanto el granuloma, como el quiste, pueden ser o no sépticos; a diferencia del absceso, en donde sí se puede determinar casi con exactitud que *por lo común son sépticos* ya sea con gérmenes vivos y/o muertos. Dentro de los escasísimos casos de abscesos asépticos, podríamos citar los producidos por ciertos cuerpos extraños introducidos en el tejido gingival.

2º) Respecto a la dificultad para demostrar su acción a distancia. Porque dicha acción puede *independizarse del focus o locus o lugar primitivo* y adquirir independencia propia como sucede, por ejemplo, con la glomérulo nefritis difusa aguda o el reumatismo poliarticular agudo post-angina estreptococcica.

De todas maneras el término genérico e inespecífico de foco séptico, como fue expuesto en sus orígenes creemos que debe ser mantenido como "*concepto de acción a distancia*" de un locus o lugar patógeno con gérmenes vivos y/o muertos.

Los adelantos de los últimos diez años en el campo de la inmunología, de seguro actualizará a corto plazo todos estos conceptos, y es en base a los mismos que hemos hecho la distinción entre: *locus o lugar séptico* y *locus o lugar aséptico*, pensando más que en la acción infecciosa en sí, *en la potencialidad patógena de los antígenos del locus o lugar patógeno sea o no séptico*.

Son esos mismos conceptos modernos, los que nos han llevado a incluir dentro del tema del locus o lugar patógeno aséptico al proceso neoplásico maligno, cuya acción antigénica a distancia se demuestra en la determinación en sangre del C.E.A. (antígeno carcino embriogénico) en el cáncer de intestino y la alfa-feto proteína en el cáncer primitivo de hígado.

Los loci patógenos comunmente son inactivos clínicamente (quizás por su pobreza en vasos) y se debe ir en su búsqueda, porque

son asintomáticos, lo cual no impide que periódicamente puedan activarse en cuyo caso sí habrá sintomatología clínica.

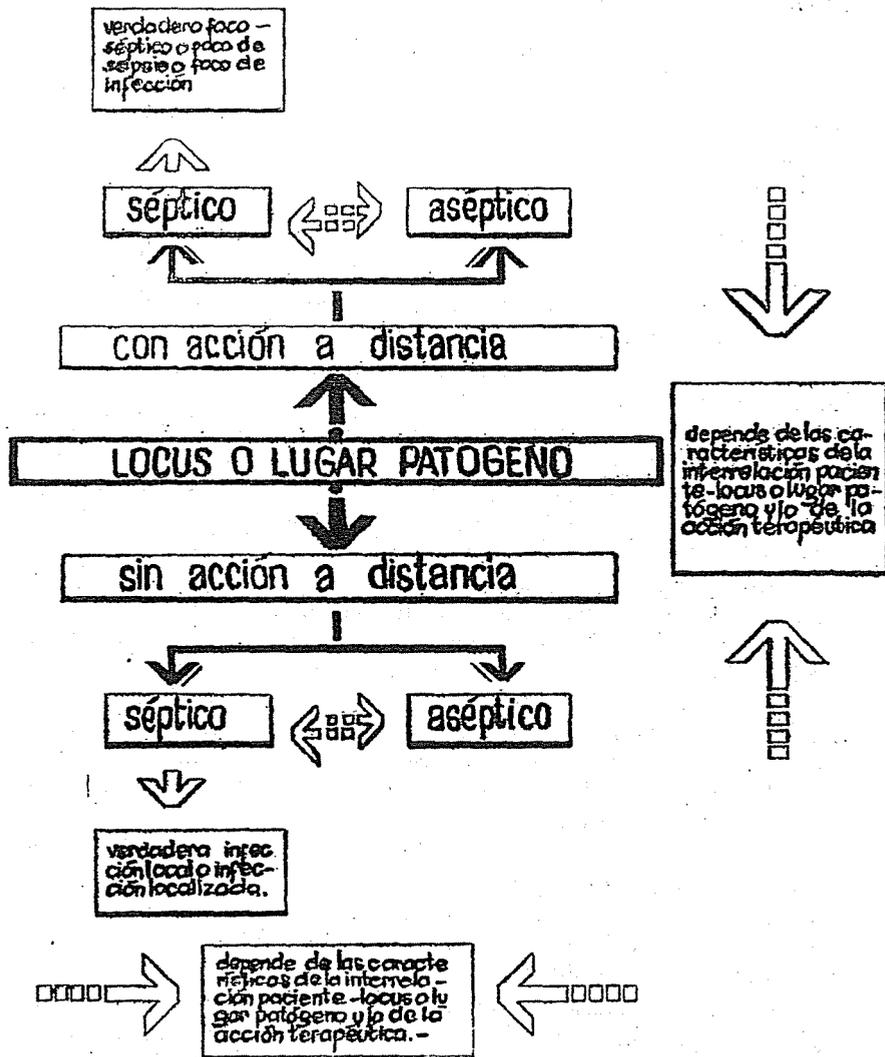
Los loci o lugares patógenos con o sin acción a distancia pero sépticos, comúnmente están determinados por gérmenes de baja patogeneidad y su capacidad de agresión al resto del organismo depende fundamentalmente del estado preexistente del paciente y sus posibilidades de defensa hística y/o humoral, dependiendo también de éstas, el tipo de acción de los gérmenes.

En la situación particular de los tumores malignos, éstos deben ser considerados como loci o lugares patógenos con o sin acción a distancia de tipo aséptico, en cuanto no estén infectados. La acción de los tumores malignos con o sin acción a distancia comúnmente varía de acuerdo no sólo a su evolución en el tiempo, sino, a su mayor o menor potencial de malignidad.

Si se demostrase en el futuro que todos los tumores malignos son de etiología virósica, es decir infecciosa, pasarían a considerarse como loci o lugares patógenos sépticos, que si actúan a distancia, serían verdaderos focos sépticos o focos de sepsis o focos de infección; y si no actúan a distancia serían considerados loci o lugares patógenos sin acción a distancia pero sépticos, es decir, serían verdaderas infecciones locales. Ejemplo típico de esta situación sería el cáncer in situ. Estos a su vez, en determinadas condiciones de pérdida de la capacidad inmunológica del paciente o aumento del potencial de malignidad del tumor podrían comenzar a actuar a distancia, transformándose en verdaderos focos sépticos o focos de sepsis o focos de infección, pues estarían incluidos en la clasificación de: loci o lugares patógenos con acción a distancia séptico. El ejemplo característico sería en tal caso: la metástasis.

Quizás todas estas reflexiones puedan aclarar algo la confusión existente en la literatura teniendo como base fundamental el concepto de la distinción entre lo que es un locus o lugar séptico, de un locus o lugar aséptico, pero siempre ambos incluidos en la acepción genérica de locus o lugar patógeno.

Si esto fue aceptado podríamos hablar "in sensu stricto" en determinados casos de: locus o lugar patógeno séptico con acción a distancia, y en otros de locus o lugar patógeno séptico sin acción a distancia; todo ello referido a aquellos casos en que realmente existan en el locus gérmenes vivos y/o muertos. Todo lo cual no impide que en determinadas circunstancias (ver esquema) el locus patógeno con acción a distancia séptico se transforme en locus patógeno sin acción a distancia séptico; ya sea por: 1º) aumento de



las defensas del paciente o, 2º) por disminución de la potencialidad patógena de los gérmenes o, 3º) por acción de la terapéutica.

Igualmente puede suceder que un locus patógeno sin acción a distancia séptico, por disminución de las defensas o aumento de la patogeneidad o suspensión inadecuada de la terapéutica, se transforme en un locus o lugar patógeno con acción a distancia séptico.

En todos los demás casos de la patología, en que el proceso mórbido localizado, con o sin acción a distancia, no presente gérmenes, deberíamos comenzar a utilizar el término locus o lugar patógeno *aséptico*.

Ejemplificando: en la cavidad bucal podemos referirnos a un tercer molar incluido, que puede o no actuar a distancia y que puede o no estar infectado.

Si está infectado y no tiene acción a distancia, hablaremos de locus o lugar patógeno sin acción a distancia séptico. Si tiene acción a distancia: de locus patógeno con acción a distancia séptico. Si no está infectado pero tiene acción a distancia: locus patógeno con acción a distancia aséptico; y por último: si no está infectado y no actúa a distancia, por no dejar de ser patógeno le llamaremos: locus o lugar patógeno sin acción a distancia aséptico.

Otro ejemplo: un granuloma apical puede ser de etiología infecciosa o no y actuar o no a distancia. Si es infeccioso y actúa a distancia, será un locus o lugar patógeno con acción a distancia séptico. Si es infeccioso y no actúa a distancia será un locus o lugar patógeno sin acción a distancia séptico. Si no es infeccioso y actúa a distancia será un locus o lugar patógeno con acción a distancia aséptico. Por último, si no es infeccioso y no actúa a distancia (con lo cual no deja de ser patógeno) le llamaremos locus o lugar patógeno sin acción a distancia aséptico.

Por cierto que en el argot médico y odontoestomatológico se siguen usando ciertos términos que sin ser etimológicamente exactos son interpretados como tales. El ejemplo más típico es el de anemia, que nadie interpreta como ausencia o falta de sangre, que es lo que realmente significa.

Por ello, si persiste en el lenguaje médico y odontoestomatológico la expresión "*foco séptico*" sólo debe ser interpretado como tal si tiene gérmenes vivos y/o muertos y si actúa a distancia, ya que la "Enciclopedia del idioma", define a "foco" como: "lugar real o imaginario en que está como reconcentrada alguna cosa con toda su fuerza y eficacia y desde el cual se propaga o ejerce influencia (1)".

De aquí también el porqué preferimos hablar de locus o lugar, ya que ni locus ni lugar prejuzgan sobre la acción a distancia.

Por todo lo expuesto insistimos en que para ser comprensivos, uniformes en la utilización práctica y etimológica, y semánticamente exactos, debemos utilizar de acuerdo a las circunstancias, los términos:

- 1º) locus o lugar patógeno,
- 2º) locus o lugar patógeno con o sin acción a distancia, y
- 3º) locus o lugar patógeno con o sin acción a distancia: séptico o aséptico.

Repetimos: locus o lugar no prejuzga sobre la acción a distancia, y patógeno no prejuzga sobre que sea o no séptico.

Entendemos que de esta manera, terminaremos con el uso de distintas denominaciones para los mismos procesos, o iguales denominaciones para procesos distintos.

BIBLIOGRAFIA

1. Alonso, Martín: Enciclopedia del idioma. Ed. Aguilar. Madrid. p.2026: 1958.
2. Bergoglio, R. M.: Enfermedades infecciosas. Ed. Med. Panamericana. Bs. As., p. 80: 1975.
3. Dinon, L. R., Strang, J. E.: El paciente dental con enfermedad cardíaca. Odontología Clínica de Norte América. Ed. Mundi. Serie II. Vol. 5. p. 78: 1960.
4. Ehrmann, E. H.: Focal infection. The endodontic point of view. Oral surg.: 44, 628: 1977.
5. Henning, F. R.: Is gingival infection likely to act as a focus? Oral Surg.: 43, 778: 1977.
6. Index Medicus: Ed. National Library of Medicine. 19 n° 3. p. 297: 1978.
7. Mathis, Hermann: Problemas de la infección focal dental. Ed. Mundi. Bs. As. p. 13, 17: 1957.
8. Miatello, Víctor: Focos sépticos. Pren. méd. argent., 58, 444: 1971.
9. Perrone, Juan Raúl: Focos de infección y sus repercusiones en el organismo. An. Esp. Odontoestomatol: 29, 451: 1970.
10. Romero Gaspar, Adolfo: Historia, patogenia, clínica y complicaciones del foco dental. Bol. Inf. Dent. Madrid. 25, 11: 1975.
11. Sánchez Vera, H.: Infección focal: su historia y evolución clínica. An. Esp. Odontoestomatol. 33, 157: 1974.