

I N F E C Ç Ã O F O C A L (*)

Dr. JAIR RIBEIRO DA SILVA — Poços de Caldas

DEFINIÇÃO: — Infecção focal é toda infecção oriunda de um foco de infecção; entendendo-se por foco de infecção uma área circunscrita infectada.

É fato reconhecido que Stafilocócos, Streptocócos ,pneumocócos, das amígdalas, dos dentes, dos seios para-nasais poderão ocasionar infecção à distância, tais como glomérulo-nefrite aguda difusa, artrites, gastro-enterites.

ORGANOTROPISMO: — Há certa eletividade da bactéria para determinado tecido ou órgão (Rosenow). O.b. diftérico tem predileção para a mucosa nasofaríngeana, o.b. disenterico pela mucosa intestinal, os virus da raiva e poliomielite pelo s.n.c., o gonocóco pela mucosa uretral o Streptocóco viridans pelas válvulas endocardicas previamente lesadas, o Streptocóco isolado do homem reumático, quando injetado na veia de um coelho provóca artrite, enquanto que o isolado do homem em úlcera gástrica provóca hemorragia gástrica. O Stafilocóco de um furúnculo da face, obtendo condições favoráveis, como o terreno diabético, onde a glicemia elevada funciona como verdadeiro caldo de cultura, provóca abscessos múltiplos. De um foco dito primário poderão sair toxinas (toxemia), pús (piohemia) ou a própria bactéria determinando focos secundários (metastáticos).

HISTÓRICO: — Em 1910, Hunter, estudando focos dentários (oral sepsis), determinou uma relação entre estes e o reumatismo, colites, artrites, anemias e febres criptogenéticas. Clamando veementemente contra a Odontologia conservadora, disse que a mesma deveria ser chamada de Odontologia séptica.

Passler, na Alemanha, estudando os espaços mortos dos dentes e amígdalas afirmou que estes favoreciam a infecção e como que se acobertavam da defesa orgânica.

Bllings, em 1912, na Mayo Clinic, estudando o reumatismo estabeleceu relação de causa e efeito entre os Streptocócos dos dentes e amígdalas e aquela enfermidade.

A década de 1920 a 1930 pode ser considerada como o período áureo da infecção focal, onde surgiu o problema sério dos desdentados nos U.S.A.

(*) Palestra proferida a convite da Associação Odontológica de Poços de Caldas em 2.5.62.

Gins critica o exagêro da teoria radicalista fazendo ver que muitas vezes o simples achado radiológico de um granuloma estava determinando a extração de dentes sem a necessária comprovação bacteriológica e além disso, se estava dando muita importância aos streptocócos e se esquecendo da rica flóra anaeróbia associada.

FÓCOS DENTARIOS: — Não é obrigatório que de um fóco de infecção resulte uma infecção focal, mas todo fóco deve ser considerado como uma infecção focal em potencial. Fóco dentário é uma área circunscrita infectada do processo Alveolar, drenando para os vasos linfáticos ou vasos sangüneos (Cook). As infecções dentárias são classificadas segundo Cook, em infecção periapical, peri-odontites (bolsas profundas), púlpite crônica (inflam. das partes moles ricas em vasos e nervos que preenchem a cavidade do dente) e quistos infectados. A patogenia de uma infecção focal por fóco dentário pode ser por várias maneiras: Por contiguidade, exemplo sinusite por infecção dentária; por contaminação de líquidos e alimentos da boca (amigdalite, faringite, esofagite, etc.); por metástase (via linfática) e pela bacteriemia (sangue). Para comprovar a bacteriemia, Murray e Moosnick obtiveram hemoculturas + em 55% dos casos, após 30' de mastigação de portadores de dentes infectados. Fish e Mac Lean, hemoculturas + após 9 extrações; Okell e Elliott, hemoc + em 72% dos casos, após 100 extrações. Elliott chegou a obter 86% de hemoc. + pela simples oscilação natural dos dentes.

STAFILOCÓCOS: — Os stafilocócos são os responsáveis pela osteomielite furunculose, impetigo, hordéolo, calasio. Neisser os classifica em Píocócos (grupo homogêneo abrangendo o *S. pyógenes* com suas variantes *Aureus*, *citreus* e *albus*) e saprocócos (abrangendo grandes stafilocócos). O poder antigênico dos Stafilocócos está relacionado com a hemolisina (hemolise dos glóbulos do coelho), com a leucocidina (necrobiose dos leucócitos) e com a stafiloquinase (coag. do sôro coelho).

STREPTOCÓCOS: — Os streptocócos são responsáveis pela escarlatina, erisipela, infecção dentária, anginas amigdalianas e endocardita lenta Schottmüller os classifica em A (ao redor de cujas, colônias há uma faixa viridesciente e hemólise parcial), em B hemolíticos (ao redor de cujas colonias no agar-sangue há hemolise total) e ao redor (de cujas colonias não há hemólise). Os B hemolíticos são classificados por Lancefield em 12 sub-grupos: A.B.C.D.E.F.G.H.K.L.M.N. Do sub-grupo A foram isoladas 42 raças ou estirpes. Segundo o seu poder antigênico os streptocócos são classificados em endo-antigenos ou celulares (substâncias c.m.t.p.), os resultantes da desintegração da parede da bactéria, e em exo-celulares ou exo-antigenos, os resultantes do meio em que vive a bactéria, produto de seu metabolismo, e

são a streptoquinase, à streptodornase, a streptolisina O. e S., a toxina eritematogênica, o ácido hialurônico, a hialuronidase e a **protease**.

BARREIRAS CONTRA A INFECÇÃO: — Conquanto difícil de ocorrer, a infecção focal, devido ao seu mecanismo, é muito freqüente. A Barreira n.º 1 é representada pela Pêlé e mucosas. A pêlé, pela sua Ação mecânica, pelo chamado manto ácido da pêlé (P H de 3 a 5 como média). Nas axilas e virilhas onde o suor se decompõe em alcali, há baixa da acidez e maior ocorrência da infecção. A acidez da pêlé só é suplantada pela acidez gástrica. As mucosas, pela ação mecânica, pela lisosyma (principalmente na lágrima), pela inibina (saliva, secreção nasal, leite materno) eficaz contra o b. coli, os stáfilocócos, os streptocócos e o b. tífico. Os sais das mucosas, principalmente o sulfocianeto de K, e acidez gástrica. A prova de que a acidez gástrica é altamente eficiente contra as bactérias é que o duodeno, porção que segue o estômago é praticamente estéril. A barreira n.º 2 é representada pela inflamação (infiltração leucocitaria e a muralha de fibrina), estas eficientes contra os saprófitas, mas contra os patogênicos não, devido às agressinas e ao fator difusor de Reynals, ambos dos streptocócos. A barreira n.º 3 é representada pelo endotélio dos vasos e o retículo-endotélio dos órgãos (células fagocitárias) pelos anticorpos inespecíficos, termo estáveis, as leukinas (dos extratos leucocitarios) e betalsinas (do sôro sangüíneo); pelos enticorpos específicos termolábeis, a bacteriolisina e o complemento ou alexima. A barreira n.º 4 é representada pela vitamina A (integridade dos tecidos: pêlé e mucosas) e pela vitamina C (estimula o anticorpo e ativa o complemento) e pelo complexo B.

RELAÇÕES DA INFECÇÃO FOCAL: — Um clínico relaciona a infecção focal com aglomerúrio-nefrite aguda difusa, um reumatólogo com as artrites, um cardiologista com as cardites agudas e principalmente a eudocardite lenta, provocada pelo S. viridans, os oftalmologistas com a uveíte, e assim por diante. A uveíte é responsável por 11% dos casos de cegueira, e nas regiões onde o tracoma foi erradicado, bem como as oftálmias pela higiene corporal e onde há poucos acidentes industriais. deve ser considerada como a principal causa da cegueira. Um foco de infecção poderá provocar a uveíte, seja por metástase (raramente), seja por alergia (comumente). A uveíte por mecanismo alérgico se dá quando o streptocóco passa pelo olho, sensibiliza-o, depois chegam as toxinas do germe e provocam a inflamação da íris. corpo ciliar e coróide. Os focos de infecção mais freqüentes, pela ordem são: mígdalas, dentes, seios para-nasais aparelho genito urinário (no homem, próstata e uretra posterior; na mulher ovários e trompas), aparelho digestivo (apêndice, vesícula biliar), aparelho respiratório (bronquios e pulmões), e pêlé. A conduta do oftalmolo-

gista diante de una infecção focal é remover os focos indiscutíveis, isolar e identificar o germe do foco, dessensibilizar pelas vacinas (dessensibilização para determinada raça). Faz-se a dessensibilização (via intramuscular, via endovenosa ou intra-dérmica), começando-se com 1/10 da emulsão capaz de dar o teste intracutâneo +, fazem-se 30 injeções no intervalo de 4 a 5 dias, se houver reação + no decorso das injeções recomeça-se diluindo outra vez para 1/10.

O controle da infecção focal pode ser feita pela titulação do soro (400 u Todd de anti-streptolisina O ou de anti-streptoquinase já indicam infecção focal) e pela terapêutica usada no caso.

RESUMO

O A. focaliza o problema da infecção focal, detém-se nos focos dentários, acentua o valor dos streptocócos na gênese da infecção, e termina por relacioná-la com a uveíte.

BIBLIOGRAFIA

- ROMEIRO, VIEIRA — T. Clínica Médica.
BIER, OTTO — Bacteriologia e Imunologia.
ALVARO, MOACYR e BLOIS, ALCIDES — “O que todo médico precisa saber sobre as uveítes e como devem ser tratadas”.
RIBEIRO SAMPAIO, MAURO — Infecção focal em Odontologia, Arquivos do Instituto Burnier, volume XII, março de 1956.