

IMPORTANCIA DE LA CONTINUIDAD EN EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

Diagnóstico de situación

PABLO A. MIGUEL^a

RESUMEN

Aquellos pacientes cuyas patologías de base condicionan su tratamiento odontológico –incluidos en el rubro de alto riesgo–, obligan a un enfoque multidisciplinario.

Las patologías tales como cardiopatías, hematópatías, nefropatías, hepatopatías, inmunopatías, diabetes, enfermedades autoinmunes, etc., cursan con periodos de alta morbilidad ya sea por causa de la propia patología de base o a causa del tratamiento al que son sometidos los pacientes, ya que suele ser muy agresivo. El riesgo de infección y hemorragia debe ser prevenido y asistido. La salud bucal es esencial para evitar ser la puerta de entrada de bacterias, hongos, y virus causantes de septicemias a veces mortales.

Palabras clave: *Pacientes de alto riesgo. Salud bucal.*

ABSTRACT

Patients whose underlying conditions –including condition their dental treatment in the area of high risk–, require a multidisciplinary approach. Pathologies such as heart disease, hematopathies, kidney disease, liver disease, immunopathies, diabetes, autoimmune diseases, etc., have periods of high morbidity either because of itself underlying disease or because of treatment they undergo the patients, and which it is usually very aggressive. The risk of infection and bleeding should be prevented and assisted. Oral health is essential to avoid the entrance of bacteria, fungi, and viruses that cause sometimes fatal septicemia.

Keywords: *High-risk patients. Oral health.*

INTRODUCCIÓN

1. Identificación del problema

Se realizó un estudio descriptivo/retrospectivo en la Unidad de Odontología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG) mediante la recopilación de datos que constaban en las historias clínicas de pacientes comprometidos, por ser considerados de alto riesgo, provenientes de diferentes especialidades, durante enero 2010 y diciembre de 2012, con el fin de evaluar el grado de continuidad en el tratamiento odontológico para el cual fueron derivados.

La intención del presente trabajo es analizar los riesgos que significan un compromiso mayor en los niños con enfermedades de base severas que no cumplen con un tratamiento odontológico especialmente diseñado para ellos, que incluya prevención y controles periódicos, a fin de impedir el abandono a dicho tratamiento, ya que pueden presentar patologías tales como foco séptico que afectarían gravemente su salud,

Debido a ello es que se plantea la necesidad de poder considerar esta merma de la asistencia a la consulta y seguimiento de este grupo de pacientes, ya que como se expresara los focos sépticos bucales afectarían su estado clínico interfiriendo en el tratamiento médico.

2. Justificación

Sería extremadamente difícil determinar las razones que conducen a esta problemática. Se podría inferir que existen causas sociales y económicas por las cuales los pacientes abandonarían el tratamiento odontológico, como ser la distancia entre el lugar de residencia y este centro asistencial, y por los costos del traslado hacia el mismo. Existen también causas emocionales por el riesgo de vida de

a. Odontólogo. Jefe de la Unidad de Odontología del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez".

estos pacientes y la consecuente priorización de su terapéutica, de por sí agresiva, acentuada por el deseo de sus padres de no exponerlos a otro tratamiento, que conlleva a la vez un alto nivel de agresividad por lo invasivo de sus maniobras, como sería un tratamiento odontológico.

La escasa motivación, la falta de información recibida y de concientización acerca de las consecuencias del incumplimiento de un tratamiento odontológico en estos niños, también podrían encuadrarse como posibles causas del problema.

Protocolizar entonces la atención odontopediátrica de estos pacientes, en especial los que atraviesan por un estado de vulnerabilidad elevado ante un cuadro de sepsis bucal, sería esencial para sostener la salud integral. Una interrupción prolongada, o una deserción en el tratamiento odontológico podrían derivar en consecuencias graves, un aumento en la morbilidad y la mortalidad de estos niños.

Durante las diferentes etapas del tratamiento médico estos pacientes atraviesan por distintas situaciones clínicas con síntomas determinados para cada una de esas etapas y con una capacidad de respuesta que tampoco es igual; especialmente para aquellos que están bajo tratamiento inmunosupresor. Por lo tanto su abordaje varía según muchos factores tales como: edad, diagnóstico, tipo de tratamiento, la etapa en la que se encuentre y la respuesta idiosincrática al mismo.

Se desprende de lo expuesto la idea de analizar propuestas tendientes a lograr un impacto en la problemática planteada, tanto en el corto, en el mediano y en el largo plazo, a fin de que estos niños continúen en su tratamiento odontológico hasta que alcancen el alta médica.

OBJETIVOS

Objetivo general

Registrar y analizar los riesgos de morbilidad y mortalidad por el abandono de su tratamiento odontológico en niños con enfermedades de base severas, poniendo en evidencia las consecuencias negativas de esta situación.

Objetivo específico

Generar la necesidad de crear protocolos de atención que tengan en cuenta esta problemática.

Existen diversas patologías bucales -según la enfermedad de base y los aparatos o sistemas corporales afectados-, que se desarrollan a continuación

DISEÑO Y MUESTRA

Se recopilaron datos de la población asistida durante el período indicado (2010-2012), a través de las historias clínicas de la Unidad y se volcaron a una base Excel para su posterior análisis (ver Tabla 1).

Se constató así una población con las siguientes patologías:

- 105 pacientes oncológicos
- 65 pacientes nefrológicos
- 140 pacientes cardiológicos

Con respecto a la patología hepática no se ha podido completar hasta el momento de la publicación de este texto, la recopilación de datos y seguimiento de pacientes. Por tal motivo sólo hacemos referencia a los datos que figuran en la bibliografía mundial y a la propia experiencia en el seguimiento de estos pacientes.

PACIENTES CON PATOLOGÍA ONCOLÓGICA

Los agentes quimioterápicos y las radiaciones utilizadas en el tratamiento deberían afectar solo a las células malignas, pero desafortunadamente esto no ocurre y se ven afectadas también las células de tejidos con alta capacidad reproductiva. Esto incluye a las mucosas bucal y lingual, expresándose así las mucositis características de la quimioterapia entendiendo que son las respuestas patológicas que desarrolla la mucosa oral como consecuencia de la terapia oncológica). La severidad y duración de las mucositis causadas por la quimioterapia no solo se relaciona con la neutropenia o sea disminución de las defensas propias que produce la medicación y los agentes citotóxicos, sino también con los niveles preexistentes de placa bacteriana.

La cavidad bucal es el sitio con mayor microbiota bacteriana patógena. Greemberg y col.¹ encontraron que la microbiota bucal endógena está involucrada directamente con los estados de septicemia. Heimdhal² vincula al estreptococo hemolítico como el causante del 41% de las septicemias. Dreizen³ postula que el 50% de las infecciones orales son a causa de *Cándida Albicans*, el 25% son producidas

por gérmenes Gram negativos, el 10% por gérmenes Gram positivos y el 15% restante por virus. Greenberg¹, además comprobó que, en un total de 33 pacientes, las septicemias disminuyeron de un 77% a un 23% al eliminar los focos sépticos bucales antes de comenzar el tratamiento oncológico. Peterson⁴ señala que los pacientes con higiene oral deficiente desarrollan infecciones durante el tratamiento quimioterápico, en contraposición de aquellos que sí tuvieron una higiene aceptable y no desarrollaron ningún tipo de complicaciones infecciosas.

Según la severidad y la respuesta al tratamiento, algunos pacientes deben recibir trasplante de médula ósea siendo la mayoría de los pacientes aquellos con leucemia mieloide aguda (LMA), y también en los que desarrollan la enfermedad órgano vs huésped cuyos síntomas de comienzo y a veces únicos se manifiestan en la boca: (xerostomía, estomatitis). Otra entidad a tener en cuenta en la infancia son las anomalías dentarias debido a quimioterapia y radioterapia. Los ameloblastos y odontoblastos -células que originan los

tejidos dentarios esmalte, dentina y pulpa- son elementos con elevada capacidad proliferativa que se ven afectados en sus estadios mitóticos durante la odontogénesis -proceso de formación de los tejidos dentarios-.

Los efectos se traducen en microdoncias dientes pequeños, agenesias -alta de piezas dentarias-, raíces cortas o ausentes, taurodoncia -cámara pulpar grande-, hipoplasia de esmalte -esmalte mal formado-. Las radiaciones producen, además, menor desarrollo óseo maxilar en la zona irradiada, afectando a las glándulas salivales con xerostomía o sea disminución en la producción salival y sequedad bucal como consecuencia. La falta de saliva priva a la cavidad oral de sus defensas naturales y de lubricación, causando como consecuencia más gingivitis y mucositis.

Apoyados en esta evidencia se arribó a la conclusión de que eliminar la placa bacteriana y los focos sépticos antes de comenzar el tratamiento oncológico es la mejor manera de evitar complicaciones y dilaciones en el mismo. De no ser posible realizarla previa-

Tabla 1. Pacientes que abandonan la terapéutica clasificados por sexo, edad y patología

Pacientes	mujeres	varones	2 a 5 años	6 a 10 años	11 años o +	aban 1° con	aban post	en tto
Nefro								
Total 65 pac	27	38	20	20	25	18	20	19
Patologías								
Sme nefrótico	13	20	15	7	11	11	11	11
Icr	9	9	3	5	10	4	10	4
Otras	5	9	2	8	4	3	7	4
Cardiología								
Total 140 pac	85	55	62	44	34	32	75	33
Patologías								
Cia	17	10	11	11	5	6	15	6
Civ	20	8	16	6	6	5	11	12
Ductus	8	3	6	4	1	3	7	1
T. De fallot	5	5	5	3	2	0	5	5
Otras	35	29	24	20	20	18	37	9
Onco hemato								
Total 105 pac	29	76	24	40	41	33	38	34
Patologías								
Lla	18	41	14	22	23	18	20	21
Lma	0	4	0	1	3	1	2	1
Esferocitosis	3	3	2	3	1	0	4	2
Pti	2	3	1	2	2	1	3	1
Otras	6	18	6	11	7	3	18	3

Fuente: Datos recopilados de historias clínicas de la Unidad de Odontología HNRG, durante el período de enero 2010 a diciembre 2012.

mente, es necesario considerar el momento oportuno.

La Conferencia sobre Complicaciones Orales de las Terapias Oncológicas, organizada por el Instituto Nacional del Cáncer (Bethesda 1989) aconsejó que la odontología forme parte del equipo oncológico y actúe tan pronto se diagnostique la enfermedad, eliminando de esta forma la infección de la boca y que se la sostenga durante todo el tratamiento,

PACIENTES CON PATOLOGÍA NEFROLÓGICA

En patologías tales como insuficiencia renal, síndrome nefrótico, trasplantes renales, la cavidad bucal presenta lesiones a distancia con síntomas en tejidos blandos y duros tales como palidez de la mucosa oral, estomatitis urémica, sangrado gingival, petequias y equimosis. gingivitis y agrandamiento gingival, hipoplasia de esmalte, mineralización pulpar y llamativamente menor incidencia de caries^{5,6,7,8,9}, debido al elevado pH bucal que influye negativamente en el metabolismo bacteriano y la producción del polisacárido extracelular, mecanismo necesario para la producción de caries.

Como consecuencia de la elevada uremia que presentan estos pacientes, pueden exacerbarse en pacientes anticoagulados o en plan de diálisis, la estomatitis, el sangrado gingival, las petequias y la equimosis⁶.

La gingivitis responde en forma directa a la cantidad de placa bacteriana acumulada y a la higiene oral teniendo en cuenta que en estos pacientes la reacción tisular periodontal está disminuida quizás por los estados de uremia e inmunosupresión inducida por el tratamiento.^{6,10,11}

El agrandamiento gingival es una entidad con alta incidencia en la insuficiencia renal.^{5, 8,9} Su etiología se relaciona con una alteración en el metabolismo de los fibroblastos por la administración de ciclosporinas y bloqueadores de los canales de calcio (antihipertensivos), y un incremento tanto en la síntesis proteica como en la formación de la matriz extracelular.^{6,12}

Una serie de variables intervienen en la aparición del agrandamiento gingival, así influyen la edad del paciente pues es mayor en niños que en adultos, el género ya que es más frecuente en el sexo masculino,

el grado de inmunosupresión, la presencia de gingivitis previa, la susceptibilidad individual a la medicación¹² y la predisposición genética.^{13,14,15,16}

Se ha propuesto la sustitución de la ciclosporina por tacrolimus para disminuir el grado de severidad del agrandamiento gingival, pero esta mejora no se hace clínicamente apreciable si continúa la administración de bloqueadores de los canales de calcio.^{5,12,17,18} No obstante se ha demostrado que una higiene oral profesional para eliminar la placa bacteriana tiene un efecto atenuante sobre el componente inflamatorio del agrandamiento gingival reduciéndolo clínicamente.^{5,9,12}

La importancia de este procedimiento requiere tener en cuenta que la higiene bucal por parte del paciente se ve dificultada por la característica de la lesión que tiende a la acumulación de placa bacteriana.

Otra posibilidad de tratamiento del agrandamiento gingival es el uso de antibióticos como azitromicina, metronidasol y claritromicina.⁸ Su mecanismo de acción se atribuiría a su efecto antibacteriano, a la reducción inflamatoria y a la posible supresión de la síntesis proteica en los fibroblastos, previo a la instalación de la lesión.

El control clínico de esta lesión es también de utilidad para el diagnóstico precoz como probable sitio de localización de carcinomas orales, reportados en la literatura por varios autores.^{8,19,20}

Una alteración en el metabolismo del calcio y de los fosfatos sería la responsable de la hipoplasia y la opacidad del esmalte. Este esmalte es de menor calidad y susceptible al ataque de la placa bacteriana con la consecuente aparición de lesiones de caries. No obstante estos pacientes tienen menor prevalencia de caries debido a un aumento del PH bucal por hidrólisis de la urea en saliva, lo que neutraliza los productos finales del metabolismo bacteriano. Cabe mencionar que está contraindicada la prescripción de fluoruros como preventivo de caries dental ya que aún una moderada disfunción renal determina una retención del flúor por su proceso de filtración disminuido.^{6,21}

Algunos autores como Nunn, Davidovich y Lucas^{5,6,10} han reportado como consecuencia de este desbalance metabólico entre calcio y fosfato, la mineralización pulpar, responsa-

ble del acortamiento radicular, lo que haría dificultoso realizar un tratamiento endodóntico, de ser necesario. Las infecciones son una importante causa de morbilidad y mortalidad, especialmente en pacientes trasplantados. Es necesario por ello tener en cuenta que la mayoría de los microorganismos causantes de las complicaciones en estos pacientes bajo tratamiento inmunosupresor provienen de la cavidad bucal.

Debido a que estos enfermos se someten a hemodiálisis frecuentes, son susceptibles de presentar bacteriemias. Asimismo existe el riesgo de hemorragias durante un tratamiento odontológico por estar bajo medicación anticoagulante. Por estos motivos no se recomiendan procedimientos dentales invasivos en el mismo día que se dializan.

PACIENTES CON PATOLOGÍA HEPÁTICA

En las hepatitis autoinmunes, insuficiencia hepática y trasplantados hepáticos, la medicación con ciclosporina se ha utilizado como inductor de remisión en monoterapia, asociado a prednisona y azatioprina como terapia de rescate y en debut de fallo hepático agudo. También forman parte de las drogas inmunosupresoras utilizadas en pacientes trasplantados, a veces asociada a antihipertensivos, la nifedipina.^{17,18}

Siendo que estas drogas son responsables de producir efectos colaterales y manifestaciones orales como ser el agrandamiento gingival y el riesgo de infecciones, es necesario realizar profilaxis antibiótica antes de cada práctica odontológica. En cuanto al riesgo hemorrágico que trae aparejada la disfunción hepática se deben realizar hemogramas con coagulograma previo a cada intervención odontológica de carácter invasivo como ser exodoncias o prácticas quirúrgicas.

En pacientes trasplantados el pH salival es más elevado, probablemente debido a la administración de medicación inmunosupresora por vía oral. Esta alcalinidad salival sería la condicionante del menor índice de caries observado en este grupo de pacientes y la responsable de la incidencia de cálculos dentales por precipitación de calcio y fosfatos sobre la placa bacteriana en la superficie dental.

La respuesta inflamatoria gingival estaría más relacionada con la condición sis-

témica del paciente que con la medicación que recibe.

PACIENTES CON PATOLOGÍA CARDIOLÓGICA

Los procedimientos odontológicos en un paciente con cardiopatía congénita deben contemplar la prevención de la endocarditis bacteriana ocasionada por bacteriemia. Cualquier maniobra invasiva que implique sangrado incluso la limpieza profesional, puede impulsar microorganismos al torrente sanguíneo. Para ello se debe implementar un esquema antibiótico protocolizado (Protocolo para la Prevención de Endocarditis Bacteriana), cuyo antibiótico de primera elección es la amoxicilina, y en caso de pacientes susceptibles se recurre a los sustitutos según protocolo.

La agresividad de la microbiota bucal, acompañada de una pobre higiene oral y una dieta con exceso de azúcares y almidones son la condición ideal para la instalación de una gingivitis, una periodontitis y caries dentales. En los últimos años se ha aportado suficiente evidencia que existe una relación bidireccional entre la condición sistémica y la condición del estado bucal. La primera puede influir en la instalación y manifestación de las patologías gingival y periodontal.^{4,8}

También se ha demostrado que los pacientes con Cardiopatías Congénitas presentan una microbiota bucal diferente respecto a niños sanos, independientemente del grado de inflamación gingival y del mayor grado de susceptibilidad a la misma.

Los procesos infecciosos a punto de partida dentario deben ser drásticamente eliminados, así como también el sarro y los cálculos dentales. Las caries inactivadas y la placa bacteriana removida, todo ello dentro de un plan que contemple muy especialmente la colaboración del niño, con la motivación y la concientización del paciente y sus padres por parte de los profesionales.

En caso de no contar con la colaboración del paciente, especialmente de aquellos con patologías cianóticas, en donde cualquier situación de stress puede llevar a la descompensación del paciente en términos cardiológicos, se debe considerar la realización de los procedimientos en quirófano central, con sedación del paciente. Evaluar pros y contras debe ser materia de debate conjunta con el equipo de Cardiología.

CONCLUSIONES

Numerosos factores intervienen en un buen manejo de la salud bucal en niños cuya salud se encuentra comprometida. Los mismos hacen hincapié en los siguientes conceptos: concientización de padres y terapeutas, motivación del paciente, higiene oral, dieta no cariogénica, control dental periódico y tratamiento multidisciplinario. Esta tarea es el compromiso que desde la Unidad de Odontología del HNRG se viene realizando con especial énfasis.

Por ello consideramos que el cuidado de la higiene oral y el precoz inicio de un eventual tratamiento odontológico, debidamente monitoreado multidisciplinariamente, son la clave para que estos pacientes no vean comprometido el curso de su enfermedad y la terapéutica, ofreciéndoles así una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS

- Greenberg, M; Cohen, S; Mc Kitrick, et al : The oral flora as a source of septicemia in patients with leukemia. *Oral surg* 1982; 53: 32-36.
- Heimdal, A.: Oral infections in immunocompromised patients.: *J. Clin periodontal* 1986; 17: 501-503
- Mc Elroy, H: Infections in the patients receiving chemotherapy for cancer oral considerations. *J.A.D.A.* 1984: 109: 454-456.
- Peterson, D: Pretreatment strategies for infections prevention in chemotherapy patients. *NIH Monogr* 1990; 9: 61-67.
- Lucas, V; Roberts, G: Oro-dental health in children with chronic renal failure and after renal transplantation: A clinical review. *Pediatr Nefrol* 2005. 29:1388-1394.
- Nunn, J; Lambert, H; Courthard, M: Oral health in children with renal disease. *Pediatric Nefrol* 2000. 14: 997-1001.
- Obry, F; Belcourt, A; Frank, RM; et al: 1984 Low caries activity and salivary PH in youngest dialysed for chronic renal failure. *J Biol Buccale* 12: 181 186.
- Nowasier, A; Roberts, G; Trompeter, et al: Oral health in children with chronic renal failure. *Pediatr Nefrol* 2003. 18: 39-45.
- Nowasier, A; Lucas, V; Roberts, G; et al: Oral health and caries related microflora in children during the first three months following renal transplantation. *Int. Journal of Pediatrics Dentistry* 2004. 14: 118-126
- Little, J; Falace, D; Miller, C; et al : *Chronic renal failure and dialysis. Dental management of the medically compromised patient: 6th ed* St. Louis, Mo: Mosby Co: 2002: 147-160.
- Toffelson, T; Johansen, R: Periodontal status in patients before and after renal allotransplantations. *J Perodont Res* 1985. 20:227-236.
- Davidovich, E; Davidovich, M; Eidelman, E; et al : Pathophysiology, therapy, and oral implications of renal failure in children and adolescents: A clinical review. *Pediatr Dent* 2005: 27: 98-106.
- Wolff, A; Stark, H; Sarmat, H; et al: The dental status of children with renal failure. *Int J Pediatr Nefrol* 1985M 6: 127-132.
- Ellis, JS; Seymour, RA; Taylor, J; et al: Prevalence of gingival overgrowth in transplant patients immunosuppressed with tacrolimus. *J Clin Perodontol* 2004. 31: 126-131.
- Chabria, D; Weintraub, RG; Kilparik, NM: Mechanism and management of gingival overgrowth in patients transplant recipient. *J Perodontol* 2003: 74: 51-56.
- Alfonso, M; Bello, V de O; Civil, JA; Sposto, MR: Cyclosporin A induced gingival overgrowth in renal transplant patients. *J Perodontol* 2003. 74: 51-56.
- Spencer, CM; Goa, KL; Gillis, JC: et al. An update of its pharmacology and clinical efficacy in the management of organ transplantation. *Drugs*. 2000. 54: 025-975.
- Thorp, M; Demattos, A; Bennet, W; et al: The effect of conversion from cyclosporine to tacrolimus on gingival enlargement, hirsutism and cholesterol. *Transplantation* 2000. 69: 1218-1220.
- Varga, E; Tyldesly, W: 1991. Carcinoma arising in cyclosporin-induced gingival hyperplasia. *Br Dent J* 171: 26-27.
- Bokenkamp, A; Bohnhorst, B; Beirs, C; et al: 1994. Nifedipine aggravates cyclosporine A-induced hyperplasia. *Pediatr Nefrol* 8: 181-185.
- Spark, C; Berg, V; Ekstrand, J: 1985. Renal clearance of fluoride in children and adolescents. *Pediatrics* 75: 575-579.

Texto recibido: 5 de julio 2016.

Aprobado: 16 de agosto 2016.

No existen conflictos de intereses a declarar.

Forma de citar: *Miguel PA. Importancia de la continuidad en el tratamiento odontológico en pacientes de alto riesgo. Diagnóstico de situación Rev. Hosp. Niños (B. Aires) 2016;58(262).*