

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Enrique Cabrera"

Atención estomatológica integral a pacientes hematológicos

Integral dentistry attention to hematologic patients

¹MSc Dra. Tania García Peralta, Dra. Claudia Fresia Santander Vinardell², Dr. Nayib Rodríguez Enríquez³

¹Especialista Segundo Grado Hematología. Asistente. Investigadora Agregada. MSc. en Enfermedades Infecciosas. Calzada de Vento esq. 3ª núm. 7916, piso 11 apto 18. Altahabana. Municipio Boyeros. Teléfono: 6443734 taniagarcia@infomed.sld.cu

²Residente 1º año Estomatología General Integral. Santa Ana núm. 667 apto D9. Nuevo Vedado. Municipio Plaza. Ciudad de La Habana. Teléfono: 8819064. cfresia@infomed.sld.cu

³Residente 3º año Prótesis Estomatológica. Calle 27 núm. 261. El Vedado. Municipio Plaza. Ciudad de La Habana. Teléfono: 8329465. nayib.rdguez@infomed.sld.cu

RESUMEN

Las enfermedades hematológicas, en muchas ocasiones, se presentan como una urgencia estomatológica, por lo que es nuestro propósito, que el profesional sepa relacionar ciertas manifestaciones clínicas con dichas patologías para, a través de una correcta anamnesis, examen clínico y complementario, diagnosticar y aplicar un adecuado tratamiento que responda a las necesidades de la enfermedad del paciente. Las principales enfermedades hematológicas son: Alteración de los eritrocitos, anemias carenciales, megaloblásticas y drepanocitosis, anemias por fallo medular agrupan a las leucemias, aplasia medular y mieloma múltiple; alteraciones en leucocitos, pueden ser cualitativas como el síndrome del leucocito perezoso y el de Beguez-Chediak-Higashi, o cuantitativas, como las neutropenias y leucemias; alteraciones en el sistema mononuclear-macrofágico y los histiocitos, la histiocitosis a células de Langerhans; alteraciones de la hemostasia, púrpuras y hemofilias. Las principales manifestaciones bucales consisten en las gingi-vorragias, úlceras, sepsis, hemorragias e inflamación de las encías.

Palabras clave: Manifestaciones bucales /estomatología,

Gingivorragia/hematología; prevención/estomatología.

ABSTRACT

Hematological diseases most of the times are an Odontology Urgency, that's why odontologists must know how to relate some clinic oral signs with these diseases and get, through a good questionnaire, clinic inspection and complementary test, a diagnosis and under the right treatment in agreement with these patient's necessities.

The main hematological diseases which have odontological features are: erythrocyte diseases, leukocyte diseases and platelets diseases. In the erythrocyte diseases the more frequently pathologies are the nutritional anemias for iron or B12 vitamin deficiency, the sickle cell anemias, the bone marrow failure anemias for example: the leukemias, the aplastic anemias and multiple myeloma; in the leukocyte diseases we studied the qualitative and quantitative alterations, for example: neutropenias, leukemias, the Beguey- Chediak-Higashi syndrome and the Langerhans cells Hystocytosis. In the platelets diseases we studied hemophylias, purpures and others hemostasy diseases. The main oral signs are: gums hemorrhages, sores, swelling gums and halytosis.

Key words: Oral signs/odontology; Hematological diseases/hemoatology; Prevention/odontology; Odontology treatment/odontology.

INTRODUCCIÓN

La Estomatología como disciplina de las Ciencias Médicas constituye una especialidad de vital importancia que brinda tratamiento a pacientes con diversas patologías. Dentro de estas, se destacan las enfermedades hematológicas que por su curso generalmente crónico, sus pacientes requieren de una atención estomatológica periódica.

Las enfermedades hematológicas constituyen un motivo de consulta en las áreas primarias y secundarias de salud y, en muchas ocasiones, se presentan como una urgencia estomatológica, por lo que el profesional debe saber relacionar ciertas manifestaciones clínicas con dichas patologías con el fin de, a través de una correcta anamnesis, examen clínico y complementarios, diagnosticar y aplicar un adecuado tratamiento que responda a las necesidades de la enfermedad del paciente al que se enfrenta.¹

Se destacan las alteraciones eritrocitarias y de la hemostasia que pueden manifestarse al debut o durante su curso con sangramientos bucales, sepsis y otras manifestaciones.²

El objetivo de este trabajo es desarrollar una revisión de las principales alteraciones estomatológicas en los pacientes con enfermedades hematológicas y profundizar en el tratamiento preventivo y de sus complicaciones, así como brindar una valiosa

herramienta de consulta para estudiantes de la carrera de Estomatología, Medicina y Tecnología de la Salud en el perfil de Atención Estomatológica, que les permita alcanzar un enfoque integral de la Atención Estomatológica en estos enfermos.

DESARROLLO

1) Alteraciones de los eritrocitos:

- Anemias carenciales o nutricionales:

- Anemias por déficit de hierro.

Este tipo de anemia es la más frecuente en nuestro país y en el resto del mundo. En estos pacientes, encontramos queilitis angular, glositis atrófica, úlceras en la mucosa bucal, recurrentes, dolorosas, que crean dificultad para masticar los alimentos, deglutir, por lo que se le agrega al cuadro clínico la anorexia. Se observa atrofia de la mucosa oral, lo que también hace propenso al paciente a presentar aftas. Otra manifestación que se presenta en este tipo de anemia es el síndrome de la boca urente, que como su nombre lo indica, da una sensación generalizada en la cavidad bucal de ardor, muy molesta para el paciente, que puede alterar la conducta de este, y dificultar la realización de sus actividades.³

- Anemias megaloblásticas. (Similar a la anterior)

- Anemias hemolíticas crónicas:

- Anemias por hematíes falciformes (sickleemia).

La cavidad bucal no escapa del cuadro clínico de las drepanocitosis; se ha señalado que 95.2% de los casos presentan manifestaciones bucales en cualquier etapa de su vida. La presencia de palidez ictérica de la mucosa bucal es preponderante a predominio de la sublingual y los carrillos, los focos sépticos locales de origen dentario o periodontal se manifiestan habitualmente y con rapidez se tienden a diseminar a los tejidos vecinos; esto parece estar asociado a una fagocitosis disminuida, fallo en la actividad bactericida del suero y en la activación del sistema de complemento, por lo que la higiene bucal de estos pacientes es de suma importancia; morfológicamente un paladar estrecho y profundo caracteriza el arco superior estrechamente relacionado con un cráneo alto y estrecho de apariencia turriforme.

Las modificaciones del patrón de erupción y recambio dentario se muestran en la permanencia por larga data de dientes temporales, los que persisten hasta la adultez. El hueso alveolar en estudios de densidad ósea ha mostrado pérdida de ésta, con incremento de espacios medulares, pero conservándose la integridad de la lámina dura. La aparición de osteomielitis de los maxilares como resultados de procesos sépticos odontogénicos es reiterada, asociadas éstas a los fenómenos tromboembólicos presentes en el tejido óseo.

- Síndrome Talasémico: B talasemia mayor (similar al a la Drepanocitosis).⁴

- Anemias por fallo medular:

- Aplasia medular

Los pacientes que la padecen presentan gingivorragias, petequias en la mucosa bucal, úlceras de borde irregulares, dolorosas, que dificultan la alimentación, ya que se agudiza el dolor ante alimentos calientes, ácidos, duros, y debido a la inmunosupresión que trae consigo dicha aplasia, se evidencian cuadros de sepsis orales que llegan a ser graves, por lo que las encías se tornan inflamadas, eritematosas, hay halitosis, lo que crea un estado desagradable para el paciente que puede afectar su estado de ánimo y autoestima.^{5,6}

· Anemias por supresión medular:

-Leucemias agudas (linfoblásticas y mieloblásticas).

Las manifestaciones bucales se presentan en ambas formas agudas y crónicas de todo tipo de leucemias. Los hallazgos orales más frecuentemente observados son: sangramiento mucosal, ulceraciones, petequias, infecciones e hipertrofia gingival.

Al examen físico, en los comienzos de la enfermedad, la encía aparece de color rojizo intenso con un margen gingival redondeado, tenso. Luego produce un aumento de tamaño de la papila interdental y cubre en parte la corona de los dientes. En la leucemia, se altera la respuesta a la irritación, además de las células inflamatorias normales, hay infiltración pronunciada de células leucémicas en ganglios, bazo, etcétera. Esto se traduce en cambios degenerativos de la encía, anteriormente mencionados, como: tonalidad rojo-azulada, consistencia marcadamente esponjosa y, lo más importante, la hemorragia persistente ante un estímulo ligero o en forma espontánea.

La sobreinfección bacteriana que se asienta sobre este tejido dañado puede llegar a producir con frecuencia necrosis gingival y formación de pseudomembranas, las que constituyen lesiones de gingivitis ulcerone-crotizante aguda.

Además de la encía, otras zonas de la mucosa bucal están afectadas. El lugar de la afección es, por lo general, un área sometida a traumatismo, como la mucosa cercana a la línea de oclusión o la del paladar.

Pueden aparecer en estas zonas aftas, úlceras o abscesos resistentes al tratamiento. La equimosis de la mucosa bucal es un hallazgo constante en estos pacientes.⁷

En la mucosa se puede presentar descamación del epitelio, provocada por reacción inadecuada a la inflamación, conocida por mucositis.

También las infecciones bucales constituyen un problema de salud en los pacientes con leucemias, particularmente, las micosis como candidiasis, zygomycosis y aspergilosis.⁶

Entre los efectos del tratamiento se puede encontrar: mucositis, ulceraciones, infecciones, sangramiento gingival espontáneo, neuropatía, xerostomía e hipertrofia gingival.

En casos más severos, los quimioterápicos pueden producir una necrosis avascular del hueso maxilar, que podría llegar a convertirse en *cancrem oris* (noma).^{8,9}

-Mieloma múltiple (MM)

La frecuencia del MM aumenta a partir de los 40 años de edad, su aparición antes es excepcional. Su síntoma más frecuente es el dolor óseo, que en ocasiones se agrava por fracturas espontáneas. Con el desarrollo, aparece debilidad general, anemia, aumento de la susceptibilidad a las infecciones. La mandíbula, de preferencia, y los maxilares pueden ser el sitios de inicio del Mieloma múltiple

(MM), que nace centralmente en los huesos del complejo bucal, destruye, en su evolución, las corticales óseas e invade los tejidos blandos, en forma de aumento de volumen de color rojo oscuro o azulado, su aspecto es muy similar al del tumor de células gigantes.^{3,10}

Otras enfermedades clonales:

-Policitemia Vera.

Esta afecta a personas que se hallan entre los 40-70 años de edad y, con preferencia, en los hombres. Los pacientes se muestran pletóricos y con cianosis, se evidencia cefalea, vahídos, hematemesis, melena y dolor abdominal, la hipertensión, que es el resultado del volumen sanguíneo, trae aparejada todos los trastornos sintomáticos y de complicación de este síndrome. La tendencia hemorrágica se manifiesta también mediante púrpuras y equimosis. La mucosa bucal se muestra hiperhémica, los labios pueden estar de color rojo oscuro, con tendencia al sangramiento y a la infección que se añade, las venas sublinguales pueden estar prominentes.¹¹

2) Alteraciones en los leucocitos:

• Alteraciones cualitativas:

-Síndrome del leucocito perezoso.

-Síndrome de Bueguez-chediak-Higashi.

En ambos síndrome se evidencian cuadros de sepsis bucal, debido a la inmunosupresión, las pseudomonas conllevan al paciente a un estado infeccioso grave, con úlceras que se infectan y resultan dolorosas, encías edematosas y halitosis.¹²

• Alteraciones cuantitativas:

-Agranulocitosis

-Neutropenias (Cíclicas, crónica hidropática, secundaria a quimioterapia).

Estas patologías están caracterizadas por un síndrome reactivo que se acompaña de un estado séptico y lesiones necróticas de las mucosas, provocadas por una marcada leucopenia que se presenta a expensas de los granulocitos.

Afecta a hombres y mujeres de cualquier edad, aunque muestra un ligero predominio por el sexo femenino. El cuadro clínico inicial es generalmente violento, se acompaña de fiebre hasta de 40°C, escalofríos, cefalea, estado lipotímico y taquicardia. Asimismo, se presentan en la mucosa del paladar, la faringe, lengua y carrillo, lesiones ulceronecroticas dolorosas. Pueden observarse hemorragias de toda la mucosa bucal, las lesiones ulceradas originan zonas gangrenosas que se cubren de pseudomembranas grises.¹³

-Leucemias (ya fueron tratadas)

3) Alteraciones en el sistema mononuclear-macrofágico y los histiocitos:

• Histiocitosis a células de Langerhans:

Las alteraciones bucales constituyen a menudo las primeras manifestaciones de la enfermedad. Existen algunos sitios donde las lesiones son altamente sospechosas de histiocitosis, como la presencia de una imagen lítica en la mandíbula o el maxilar, que provoca el aflojamiento de los dientes, signo conocido como el diente flotante, constituye la formación de un área lítica en la mandíbula, expansiva y que aloja en su interior un diente.

La histiocitosis está frecuentemente asociada a inflamación de los tejidos blandos adyacentes, necrosis de las encías, al signo descrito de diente en témpano de hielo o flotante, inflamación y sangrado gingival, fracturas óseas y dolor.^{14,15}

-Granuloma eosinófilo. Síntomas similares a la Histiocitosis

-Hand-schulean-Christian. a células de Langerhans

-Letterer-Siwe.

4) Alteraciones de las plaquetas, vasculares y de los factores plasmáticos de la coagulación:

- Plaquetaria:

-Púrpura trombocitopénica ideopática.

La PTI aparece en la infancia o la adolescencia; muestra predilección por el sexo femenino; su aparición, que es brusca y espontánea, se hace presente en forma de púrpura cutánea definida por petequias, equimosis y víbices en la piel. Este síndrome purpúrico es con frecuencia la única manifestación, pero otras veces se presentan hemorragias diversas como epistaxis, hematuria, gingivorragias y melena. En la boca puede haber hemorragia gingival intensa, petequias y, ocasionalmente, equimosis, fundamentalmente, en paladar. Las manifestaciones bucales pueden ser las primeras en la PTI.¹⁶

-Púrpura trombocitopénica trombótica

La Púrpura Trombocitopénica trombótica se caracteriza por la formación de microtrombos en todo el organismo, característica que se evidencia clínicamente a través de la presencia de arañas vasculares, que podemos encontrar en todo el cuerpo, en labio y lengua.

Los pacientes son propensos a las hemorragias. El diagnóstico se realiza a través de una biopsia en mucosa, que puede ser intestinal o de las encías, por lo que esta última es la más empleada por ser la de más fácil acceso; el tratamiento es de urgencia, pues esta enfermedad presenta un elevado índice de mortalidad.¹⁷

Factores plasmáticos:

- Hemofilia A y B.

La Hemofilia A se produce por deficiencia del factor VIII de la coagulación, mientras que la B se da a partir del déficit del factor IX. Las manifestaciones bucales pueden ser el primer signo de la enfermedad. Puede haber sangramiento espontáneo o ante el menor traumatismo, la gingivorragia espontánea aunque no muy común puede estar en períodos de crisis, la exfoliación de los dientes temporales, no provoca, por lo común, sangramiento. El problema de la extracción dentaria es un

acontecimiento que puede ser dramático y todas las medidas de prevención que se puedan coger son aconsejables. El tiempo de coagulación se halla prolongado, mientras que el de sangramiento es normal.

-Enfermedad de Von Willebrand. (igual a la hemofilia, ya que está afectado el transportador del factor de coagulación, por lo tanto, el cuadro clínico es similar).¹⁸

5) Otras causas.

Enfermedades virales.-VIH/SIDA

Los pacientes de SIDA presentan numerosas alteraciones bucales que hacen más o menos sospechosos de ser portadores del virus a aquellos que no están diagnosticados como HIV+ o de SIDA. Entre estas, tenemos úlceras en paladar, lengua y encías fundamentalmente, Gingivostomatitis Ulcero-necrotizante aguda, Periodontitis Ulceronecrotizante aguda, Xerostomía, hiperpigmentación melánica de las mucosas, Queilitis angular, Candidiasis y Herpes simple I y II.¹⁹

- Quimioterapia. (ver leucemias)

La conducta del estomatólogo debe estar dirigida hacia dos polos: La prevención de las enfermedades bucales y las complicaciones que presentan estos pacientes ante los tratamientos estomatológicos.

La prevención y la promoción son las actividades más importantes que lleva a cabo el profesional de la salud con toda la población, resultando imprescindibles en estos grupos de pacientes que presentan una patología de base que los hace más propensos a padecer, y más susceptibles a complicaciones durante el tratamiento. Dentro de estas actividades están las charlas y conversatorios con los pacientes que deben conocer las características de su enfermedad de base y cómo influyen estas en su salud bucal, por lo que se les orienta las visitas periódicas; se debe tener en cuenta las indicaciones necesarias previas a algún tratamiento con interconsulta con el especialista que le atiende, para evaluarlo antes de realizar cirugías, suspender medicamentos 24 a 48 antes del proceder. Preventivamente, debe el estomatólogo y su equipo de salud orientar una correcta higiene bucal, aplicar enjuagues antisépticos en los pacientes inmunodeprimidos propensos a procesos infecciosos, y así disminuye las probabilidades de que tengan que acudir a los servicios por urgencia y disminuye a su vez la incidencia y prevalencia de las manifestaciones bucales en ellos.²⁰

Ya una vez que el paciente acude a nuestros servicios, debemos tener en cuenta todas las complicaciones que puede presentar, tanto para evitarlas como para saber enfrentarlas. Por lo que debemos tener en consulta los medicamentos indicados para controlar las hemorragias de cada caso, siendo este el signo que con más frecuencia se nos presenta. Entre estos medicamentos tenemos: Epsilon Amino Caproico, ácido Tranexámico, espuma de Fibrina, tapones de Trombina Tópica, vitamina K y K1. Estos medicamentos se utilizan: unos, en el momento de la hemorragia y otros, previamente al tratamiento para prevenirla.²¹

CONCLUSIONES

-Dentro de las alteraciones bucales más frecuentes en las enfermedades hematológicas se destacan: la gingivorragia, las úlceras o aftas bucales, la hipertrofia gingival y la halitosis.

-El tratamiento preventivo estomatológico y de las complicaciones en las entidades hematológicas estudiadas constituye el pilar básico para el manejo de estos pacientes.

RECOMENDACIONES

-Realizar un manual o folleto complementario que sirva como material de consulta para los estudiantes de las especialidades de Estomatología, Medicina y Tecnología de la Salud.

- Desarrollar un Proyecto de Investigación que permita identificar la frecuencia de las manifestaciones bucales en niños y adultos con enfermedades hematológicas

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Shafer WG, Levy BM. Tratado de patología bucal. 4º Edición, Interamericana, México D.F.: 1986, p. 233-9.

2 Santana Garay JC. Atlas de Patología Bucal. 1ra. Ed. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1995, p. 23-5.

3 Frías G, Hierro S. Alteraciones morfológicas de la lengua en pacientes con enfermedades sistémicas; Rev Medicina Interna de México. 22: 203-9; jun., 2006.

4 Delta D, Malhotra N, Sinha A, Banerjee N. Prenatal associated aplastic anemia: maternal and fetal outcome. J Obstet Gynaecol Res. 29(2): 67-72; 2003.

5 Torres HA, Bodey GP, Rolston KV, Kantarjian HM. Infections in patients with aplastic anemia: experience at a tertiary care cancer center. Cáncer. 98(1): 86-93; 2003.

6 Brennan MT, Sankar V, Baccaglioni L. *et al.* Oral manifestations in patients with aplastic anemia. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod. 92: 503-8; 2001.

7 Ayers KM, Colquhoun AN. Leukaemia in children. Part II. Dental care of the leukaemic child, including management of oral side effects of cancer treatment. N Z Dent J. 96(426): 141-6; Dec., 2000.

8 Amin KS, Ehsan A, McGuff HS, Albright SC. Minimally differentiated acute myelogenous leukemia (AML-M0) granulocytic sarcoma presenting in the oral cavity. Oral Oncol. 38(5): 516-9; Jul., 2002.

9 Blomgren J, Jansson S, Rodjer S, Birkhed D. Secretion rate from minor salivary glands in patients with malignant haematological diseases receiving chemotherapy- a pilot study. Swed Dent J. 26(2): 75-80; 2002.

10 Parks E, Lancaster H. Oral Manifestations of Systemic disease Dermatol Clin. 21: 1-10; 2003.

11 Crispian S, Andy G. Oral surgery in patients on anticoagulant therapy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 94: 57-64; 2002.

12 Delcourt-Debruyne EM, Boutigny HR, Hildebrand HF. Features of severe periodontal disease in a teenager with Chediak-Higashi syndrome. A case report. J Periodontol. 71: 1024-8; 2000.

13 Stein SM, Dale DC. Molecular basis and therapy of disorders associated with chronic neutropenia. Curr Allergy Asthma Rep. 3: 385-8; 2003.

14 Milián MA. *et al.* Langerhans cell histiocytosis restricted to the oral mucosa, Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 91: 76-79; 2001.

15 Takahashi, Harada, Kimoto, Kondo, Diagnostic confirmation of Langerhans cell histiocytosis of the jaws with CD1a immunostaining: A case report, J Oral Maxillofac Surg. 61(1): 2003.

16 W, Fraser JS, Adlam DM. Comparison of 2 hemostatic agents for the prevention of postextraction hemorrhage in patients on anticoagulants. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 92: 257-9; 2001.

17 Little JW, Falace DA, Miller CS, Rhodus NL. Trastornos hemorrágicos. En: Tratamiento odontológico del paciente bajo tratamiento médico. 5ta ed. Madrid: Harcourt Brace de España: 1998, p. 466-94.

18 Montero, Reyes, Basili, Castellón, Granuloma eosinófilo de la mandíbula: reporte de dos casos clínicos, Rev Dent Chile. 93 (3): 10-12; 2002.

19 Guyton AC. Hemostasia y Coagulación de la sangre. En: Guyton AC, Hall JE, editores. Tratado de Fisiología Médica. 10 ed. Madrid: McGrawHill Interamericana; 2002, p. 509-21.

20 Little JW *et al.* Dental Management of the medically compromised patient. Mosby, 6th ed., St. Louis. USA: 2002, p. 340.

21 Meechan JG, Greenwood M. General medicine and surgery for dental practitioners. Part 9: Haematology and patients with bleeding problems. Brit Dent J. 195: 305-310; 2003.