

Atención estomatológica integral a pacientes hematológicos. La Habana, 2011.

Dra. Tania García Peralta, MSc.

FCM. "Dr. Enrique Cabrera"

taniagarcia@infomed.sld.cu

Dra. Claudia Fresia Santander Vinardell.

cfresia@infomed.sld.cu

Dr. Nayib Rodríguez Enríquez.

nayib.rdquez@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 que a través de una correcta anamnesis, exámenes clínicos y complementarios, diagnosticar y aplicar un adecuado tratamiento que responda a las necesidades de la enfermedad del paciente. Las principales enfermedades hematológicas son por: Alteración de los eritrocitos, las anemias carenciales, megaloblásticas y drepanocitosis, las 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 gingivorragias, úlceras, sepsis, hemorragias e inflamación de las encías.

Palabras claves: 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. En he erythrocyte diseases the more frecuently 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 cualitative and cuantitive alterations, for example: neutropenias, leukemias, the Beguez- Chediak-Higashi syndrome and the Langerhans cells Hystocytosis. In the platelets diseases we studied hemophylas, 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 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 ^{1,2}. 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

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 desde la Atención Estomatológica en estos enfermos. ^{3,4}

Desarrollo

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. ^{5,6}.

- 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.⁷ La presencia de palidez icterica 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.^{8,9}

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.^{10,11}

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

- 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^{12,13}.

- Anemias por supresión medular:

-Leucemias agudas (linfoblásticas y mieloblásticas).

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 cubriendo en parte la corona de los dientes.¹⁴ 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.^{15,16} 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 pacientes¹⁷.

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 cancrum oris (noma)^{18,19}.

-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 gigantes²⁰

Otras enfermedades clonales:

-Policitemia Vera.

Esta afecta a personas que se hallan entres 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.²¹

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 ²².

-Leucemias (ya fueron tratadas)

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 a 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 dolor²³.

-Granuloma eosinòfilo.

-Hand- schulean- Christian. Células de Langerhans

-Letterer-Siwe.

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

- Plaquetaria:

-Púrpura trombocitopénica ideopática.

La PTI aparece en la infancia o en 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 vñbices en la piel. Este síndrome purpùrico 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 PTI²⁴.

-Púrpura trombocitopènica trombòtica

La Púrpura Trombocitopénica trombòtica 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 ²⁵.

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. 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) ²⁶

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 Ulceronecrotizante aguda, Periodontitis Ulceronecrotizante aguda, Xerostomía, hiperpigmentación melánica de las mucosas, Queilitis angular, Candidiasis y Herpes simple I y II

- 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.

Dentro de estas actividades están las charlas y conversatorios con los pacientes que deben conocer las características de su enfermedad de base y como 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 ^{27,28}.

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.

Bibliografía

1. Shafer W. G., Levy B. M., Tratado de patología bucal, 4^o Edición, Interamericana, México D.F., 1986, pgs. 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 2006, jun,22:203-9
4. Delta D, Malhotra N, Sinha A, Banerjee N. Prenancy associated aplastic anemia: maternal and fetal outcome. J Obstet Gynaecol Res 2003;29(2):67-72
5. Torres HA, Bodey GP, Rolston KV, Kantarjan HM. Infections in patients with aplastic anemia: experience at a tertiary care cancer center. Cancer 2003;98(1):86-93

6. Brennan MT, Sankar V, Baccaglioni L, et al. Oral manifestations in patients with aplastic anemia. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Radiol Endod* 2001;92:503-8
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.* 2000 Dec; 96(426):141-6.
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.* 2002 Jul;38(5):516-9.
9. Blomgren J, Jansson S, Rodger S, Birkhed D. Secretion rate from minor salivary glands in patients with malignant haematological diseases receiving chemotherapy--a pilot study. *Swed Dent J.* 2002; 26(2):75-80.
10. Parks E, Lancaster H. Oral Manifestations of Systemic disease *Dermatol Clin* 2003;21:1-10
11. Crispian S, Andy G. Oral surgery in patients on anticoagulant therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2002; 94: 57-64.
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* 2000; 71:1024-8.
13. Stein SM, Dale DC. Molecular basis and therapy of disorders associated with chronic neutropenia. *Curr Allergy Asthma Rep* 2003;3:385-8
14. Milián M. A. et al., Langerhans cell histiocytosis restricted to the oral mucosa, *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2001, 91: 76-79.
15. Takahashi, Harada, Kimoto, Kondo, Diagnostic confirmation of Langerhans cell histiocytosis of the jaws with CD1a immunostaining: A case report, *J Oral Maxillofac Surg*, 2003; 61, 1.
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* 2001; 92: 257-9.
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, 2002; 93 (3): 10-12.
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: 340.
21. Meechan JG, Greenwood M. General medicine and surgery for dental practitioners. Part 9: Haematology and patients with bleeding problems. Brit Dent J. 2003; 195: 305-310.
22. Colina Alemán J. A.: Laboratorio. Ciudad Habana, Ed. Pueblo y Educación, 1989. T. II. Vol. 1
23. Fernández Hdez.- Baquero G.: Dermatología, Ciudad Habana, Ed. Pueblo y Educación. 1990.
24. Fernández Rubiera P. Microbiología general de los Alimentos. Ciudad Habana. Ed. Pueblo y Educación. 1987.
25. Jawetz E., Melnick J.L., Adelberg E.A.: Manual de Microbiología Médica. Ciudad Habana, Ed. Revolucionaria, 1988.
26. Llop A., Valdés- Dapena M., Zuazo Silva J.L...: Microbiología y Parasitología Médicas. Ciudad Habana, Ed. Ciencias Médicas, 2001. (T.I- T3)
27. Ortega Verdecia B., Macola Olano S .Temas de Microbiología I Guías de Estudio, Ciudad Habana, Ed. Pueblo y Educación. 1988.
28. Piatkin K., Krivoshein Yu. Microbiología. Moscú. Ed. Mir. 1981.