



El profesional bucodental como protagonista en la detección temprana de enfermedades sistémicas de la infancia

Leonela del Pilar Portabales Villalobos

Tema:

El profesional bucodental como protagonista en la detección temprana de enfermedades sistémicas de la infancia.

Autora:

Leonela del Pilar Portabales Villalobos

Técnico Superior en Higiene Bucodental.

Col. N.º **283630** del Colegio Profesional de Higienistas Dentales de Madrid.



INTRODUCCIÓN.

Si bien la mayoría de los trastornos de la boca son causados por la acción directa de la placa, los tejidos orales pueden sufrir cambios o daños como consecuencia de una enfermedad que afecta predominantemente a otros sistemas del cuerpo.

Sin lugar a dudas, nuestra boca es el reflejo de nuestra salud y puede llegar a revelar síntomas de enfermedad en alguna parte de nuestro organismo. Estas manifestaciones orales pueden ser muy variables tanto en frecuencia como en presentación, además de poder preceder o seguir la aparición de hallazgos en otros lugares.

Determinadas enfermedades sistémicas que se pueden presentar en la infancia pueden cursar con manifestaciones en la región oral, incluso pueden ser las afectaciones orales las que nos den la pista de la enfermedad principal; de aquí la importancia que tanto odontólogos como higienistas sepan reconocer dichas afecciones. Algunos cambios observados en la cavidad oral son específicos de la enfermedad, mientras que otros simplemente pueden aumentar el nivel de sospecha de alguna condición sistémica. ⁽¹⁾

Por la severidad variable que pueden presentar y de cara a la atención en el gabinete dental, se hace necesaria la adecuada exploración oral ante cualquier sospecha de enfermedad sistémica, para de esta forma poder reconocer y tratar de forma precoz las lesiones bucales asociadas a estas enfermedades y poder derivar al paciente a la atención médica. Un patrón bien planificado para el examen de la cavidad oral ayudará a garantizar que no queden áreas sin examinar.

El examen debe incluir la evaluación de cambios en la mucosa, lengua, encías, inflamación periodontal y sangrado, y el estado general de los dientes. También debe prestarse atención a las estructuras óseas de la mandíbula y el maxilar cuando se esté llevando a cabo el examen físico.



Hoy en día algunas de estas enfermedades son prevenibles mediante vacunación. Se encuentra muy bien documentado el hecho de que los programas de inmunización han disminuido en gran medida enfermedades como el sarampión y la varicela, sin embargo, en los últimos años, y debido a causas como **el colapso del sistema de salud**, que ha alterado las citas médicas rutinarias y los esquemas de vacunación; y las campañas que imparten los **movimientos antivacunas**, dos situaciones que se han visto aumentadas con la pandemia del Coronavirus Covid - 19 (que sigue con nosotros actualmente), se han producido nuevos brotes a nivel mundial de enfermedades que ya se encontraban erradicadas. ⁽²⁾

Dada la morbilidad de las manifestaciones orales, es de gran importancia el reconocimiento de las lesiones y conocer el grado de afectación de las mismas para realizar el tratamiento oportuno y evitar complicaciones que puedan retrasar la correcta evolución y pronta recuperación del paciente. Lesiones como vesículas, pústulas o úlceras en la boca pueden darnos información sobre procesos benignos y en su mayoría auto limitados, aunque en ocasiones pueden evolucionar a cuadros generalizados malignos y con compromiso de órganos internos.

Basada en esta premisa, en el siguiente trabajo se hará una descripción general de varios tipos de enfermedades sistémicas que se pueden presentar en la infancia y que tienen manifestaciones bucodentales; se describirá la etiología de tres (3) enfermedades sistémicas infecciosas y dos (2) enfermedades sistémicas hematológicas, haciendo el reconocimiento de las manifestaciones bucodentales presentes en cada enfermedad sin entrar al tratamiento terapéutico.



OBJETIVOS.

1. Descripción de tres (3) enfermedades sistémicas infecciosas de la infancia y sus manifestaciones orales.
2. Descripción de dos (2) desórdenes hematológicos que suelen detectarse en la infancia y sus manifestaciones orales.

MATERIALES Y MÉTODOS.

Se realizó revisión bibliográfica física usando manuales y tratados de pediatría sacados de una biblioteca pública municipal de Madrid. Se hizo también revisión bibliográfica en internet, usando el navegador Google Chrome y utilizando las siguientes palabras claves: “enfermedades infecciosas de la infancia con manifestaciones orales”, “enfermedades hematológicas de la infancia con manifestaciones orales”, “Kawasaki y covid-19”



ENFERMEDADES SISTÉMICAS INFECCIOSAS DE LA INFANCIA Y SUS MANIFESTACIONES ORALES.

Las enfermedades infectocontagiosas son las más comunes en la población infantil. Suelen ser causadas por agentes patógenos, generalmente virus o bacterias, siendo rápida su transmisión de un niño a otro.

1. SARAMPIÓN

El sarampión es una enfermedad muy contagiosa. Es causada por el virus del sarampión, que es de ARN monocatenario, perteneciente a la familia Paramixoviridae y al género Morbillivirus. El ser humano es el único huésped del sarampión. Dado que actualmente hay rebrotes de esta enfermedad en el mundo, es relevante estar familiarizado con las manifestaciones bucales de la misma.

Esta enfermedad infecto – contagiosa afecta fundamentalmente a niños de 1 a 5 años. Presenta cuatro fases bien definidas: periodo de incubación, enfermedad prodrómica (o catarral), fase exantémica y recuperación. (Tabla 1). Durante la incubación, el virus viaja a los ganglios linfáticos, esto hace que se produzca una viremia inicial que disemina el virus por el sistema reticuloendotelial, y es una viremia secundaria la que lo difunde por las superficies del cuerpo. ⁽³⁾

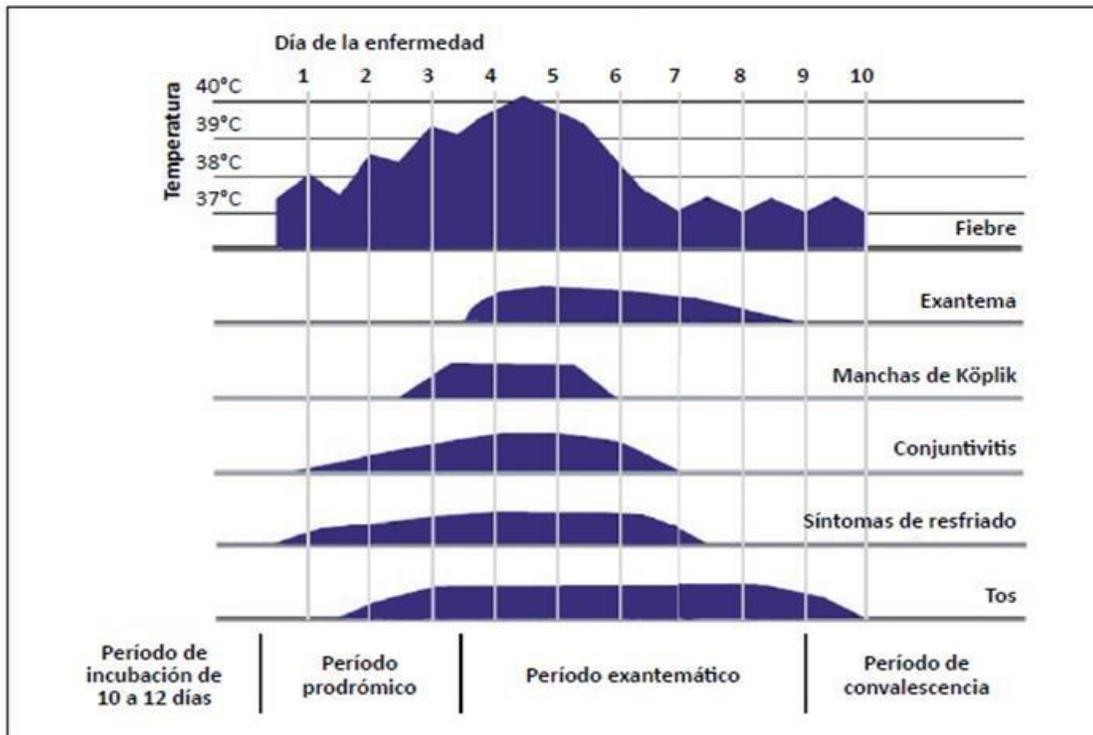


Tabla 1. Evolución clínica de las fases del sarampión. (4)

La etapa prodrómica se caracteriza por la presencia de fiebre, un exantema prominente, conjuntivitis (si es severa puede causar lagrimeo y fotofobia), coriza y tos (Tabla 2). La mayoría de los individuos infectados desarrollan estos síntomas clínicos.

SARAMPIÓN					
Edad	Periodo de incubación	Causa	Transmisión	Hallazgos clínicos	Hallazgos orales
1 a 5 años	10 a 12 días	Paramixovirus, género Morbillivirus	Vías respiratorias o conjuntivas al contacto de gotitas infecciosas.	Fiebre, conjuntivitis, fotofobia, tos, exantema máculo papuloso.	Manchas de Koplik. (a nivel del primer o segundo molar inferior). Pueden aparecer en labios, paladar duro y encías.

Tabla 2. Sarampión: información relevante.

El signo patognomónico de esta enfermedad son las manchas de Koplik que aparecen al segundo o tercer día de la fase prodrómica en la mucosa oral, a nivel del primer o segundo molar

inferior y las que, si se conocen bien, pueden ayudar al profesional dental a identificar el sarampión en su paciente niño. La duración de estas manchas es de 12 – 24 horas, desapareciendo al inicio del exantema. Las manchas de Koplik (fig. 1) son unas manchas blanquecinas, con unos puntos blanco - azulados en el centro, puntiformes, que se presentan sobre un fondo eritematoso. ⁽⁵⁾



Fig.1. Manchas de Koplik ⁽⁶⁾

La erupción de sarampión (fase exantemática), aparece como un exantema maculo - papular eritematoso, se desarrolla de 2 a 4 días después del inicio de la fiebre y se propaga de la cabeza al cuerpo durante los próximos 3 a 4 días. La erupción, que se pone blanca a la presión al inicio de su curso, se desvanece en el orden de aparición durante los próximos 3 a 4 días y va asumiendo una apariencia más descamativa. ⁽⁷⁾

Los niños enfermos con sarampión se consideran infectantes desde cuatro días antes hasta cuatro días después de la aparición del exantema, periodo en el que tienen altas concentraciones del virus en la sangre y en fluidos respiratorios, y al presentarse también síntomas respiratorios, se ve facilitada la difusión viral. ⁽⁸⁾



2. HERPES SIMPLE

Se trata de un virus perteneciente a la familia del herpes virus humano. Tiene dos serotipos diferentes, VHS I, responsable principalmente de las lesiones orales y en el que nos vamos a enfocar en este trabajo, y el VHS 2, relacionado con las infecciones genitales, aunque es importante decir que ambos son capaces de inducir lesiones buco - genitales. ⁽⁹⁾

La primoinfección por VHS1 alcanza su máxima incidencia entre los 2-4 años de edad y es una enfermedad infecto – contagiosa.

La vía de transmisión del VHS I es el contacto directo con las secreciones bucales (Tabla 3). Las manifestaciones clínicas van a variar en función de la localización anatómica y de si se trata de la infección primaria o es una recurrencia de la enfermedad.

HERPES SIMPLE					
Edad	Periodo de incubación	Causa	Transmisión	Hallazgos clínicos	Hallazgos orales
2 a 4 años	Una semana	Herpesvirus humano VHS I	Contacto directo con las secreciones bucales	Fiebre, astenia, disfagia, odinofagia, adenomegalias cervicales.	Gingivostomatitis herpética. Lesiones eritemo-vesiculosas localizadas en comisuras y labios que posteriormente se transforman en pustulosas.

Tabla 3. Herpes simple: información relevante

La primoinfección herpética puede presentarse de forma subclínica, en forma de faringitis difícilmente diferenciable de otras infecciones virales del tracto respiratorio superior o bien presentarse de forma aguda, en forma de gingivo-estomatitis herpética primaria que **representa la manifestación más frecuente de esta enfermedad.** ⁽¹⁰⁾

La gingivostomatitis herpética se caracteriza por fiebre, adenopatías cervicales y lesiones vesiculosas que en menos de 24 horas dan lugar a erosiones y úlceras superficiales y sangrantes en los labios, las encías, el paladar duro, la lengua y la mucosa yugal. (Figs. 2, 3 y 4) Su base es

amarillenta y tienen un halo eritematoso. Se acompañan de disfagia y sialorrea intensas que duran entre 6 y 7 días. En la mayoría de los casos existen lesiones extraorales, sobre todo faciales, pero también en la zona periungueal de los dedos de las manos (panadizo herpético), en el cuello, en el tronco o en los genitales.



Fig. 2. Presencia de vesículas en la mucosa labial coincidente con gingivostomatitis herpética.



Fig. 3. Gingivostomatitis herpética en la cara ventral de la lengua.



Fig.4. Lesiones de gingivostomatitis herpética en labio inferior.



3. ENFERMEDAD DE KAWASAKI O SÍNDROME MUCOCUTÁNEO GANGLIONAR

Aunque es una enfermedad de etiología desconocida, se considera como infecciosa por sus características clínicas y epidemiológicas, y, aunque es una enfermedad rara, ha ganado relevancia en la pandemia actual debido a estudios que indican un aumento en su incidencia a causa del coronavirus covid -19. ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

A pesar de considerarse rara, presenta una gran trascendencia clínica; se presenta entre los 9 meses y los 6 años de edad, y aproximadamente el 20% de los niños no tratados desarrolla anomalías coronarias, siendo el aneurisma la complicación más destacada.

Las características clínicas de la enfermedad de Kawasaki son:

- Inyección conjuntival bulbar bilateral, habitualmente sin exudado.
- **Boca y faringe eritematosas, lengua aframbuesada (fig.5), labios rojos, secos y fisurados.**
- Erupción cutánea polimorfa generalizada eritematosa que puede ser multiforme, maculo - papular o escarlatiniforme.
- Cambios en las extremidades consistentes en induración de manos y pies con palmas y plantas eritematosas y descamación periungular.
- Adenopatía cervical aguda no supurativa, en general unilateral, con al menos un ganglio de 1,5 cm de diámetro. ⁽¹³⁾



Fig.5. Lengua aframbuesada por hipertrofia de las papilas.

Debido a que no existe ninguna prueba diagnóstica específica para el diagnóstico de la enfermedad de Kawasaki, se requiere la presencia de fiebre durante al menos 5 días y un mínimo de 4 de las 5 características clínicas anteriormente mencionadas. (Tabla 4)

ENFERMEDAD DE KAWASAKI O SÍNDROME MUCOCUTÁNEO GANGLIONAR					
Edad	Periodo de incubación	Causa	Transmisión	Hallazgos sistémicos	Hallazgos orales
6 meses a 5 años	Desconocido	Desconocida	No es contagioso.	Fiebre, inyección conjuntival bilateral, edema o eritema de manos y pies, adenopatía cervical.	Labios rojos, brillantes y agrietados dando el aspecto de secos. También enrojecimiento de la lengua (que da el aspecto de "lengua aframbuesada"), y enrojecimiento de la faringe.

Tabla 4. Enfermedad de kawasaki o síndrome mucocutáneo ganglionar: información relevante.

DESÓRDENES HEMATOLÓGICOS DETECTADOS EN LA INFANCIA Y SUS MANIFESTACIONES ORALES.

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 dental debe saber relacionar ciertas manifestaciones clínicas, que pueden ser las primeras de la enfermedad, con dichas patologías con el fin de, a través de una correcta

anamnesis, examen clínico y complementarios, aplicar un adecuado tratamiento que responda a las necesidades de la enfermedad del paciente al que se enfrenta.

1. ANEMIA FERROPÉNICA

La anemia es el motivo de consulta hematológica más frecuente en pediatría, siendo su causa principal el déficit de hierro. Una persona con anemia tiene una menor cantidad de glóbulos rojos. Los glóbulos rojos contienen hemoglobina, que es una proteína que transporta oxígeno por todo el cuerpo. El cuerpo necesita hierro para producir hemoglobina con lo cual, sin una cantidad suficiente de hierro, se producen menos glóbulos rojos y menos hemoglobina, lo cual provoca la anemia.

La gravedad de la anemia va a depender de la capacidad de regeneración de la médula ósea y de su velocidad de instauración. Casi la mitad de los pacientes estarán asintomáticos y, en ellos, el diagnóstico se realizará de forma casual tras solicitar una analítica. ⁽¹⁴⁾

De cara al gabinete dental, las manifestaciones orales que pueden llevarnos a sospechar que nuestro paciente niño tiene anemia son: queilitis angular (Fig.6), glositis atrófica, úlceras en la mucosa bucal, recurrentes, dolorosas, que crean dificultad para masticar los alimentos y deglutir, por lo que también podemos agregar la anorexia como característica clínica de la enfermedad. Se suele observar también atrofia de la mucosa oral, lo que 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 es sensación generalizada en la cavidad bucal de ardor, muy molesta para el paciente niño. ⁽¹⁵⁾



Fig.6. Queilitis angular en paciente niño con anemia ferropénica.

2. LEUCEMIA

La leucemia es un grupo de neoplasias que se manifiestan en la médula ósea y representan aproximadamente el 33% de las enfermedades malignas más comunes en la infancia. La etiología es multifactorial pudiendo intervenir agentes físicos, químicos, virus y factores genéticos e inmunológicos. Si no se trata, las células leucémicas penetran en la sangre, en la cual suelen constituir los leucocitos predominantes e invaden otros tejidos y órganos. Los trastornos que sufren los órganos hematopoyéticos y su principal derivado, la sangre, pueden producir manifestaciones clínicas variadas sobre los tejidos blandos bucales, **sufriendo éstos alteraciones que casi siempre son las primeras señales de una afección hematológica.**

Los hallazgos orales más frecuentes son: sangrado mucosal, ulceraciones, petequias (fig.7), infecciones e hiperplasia gingival (fig.8).⁽¹⁶⁾

Las principales alteraciones orales se establecen en el periodonto, allí las células leucémicas pueden infiltrar la encía y, con menor frecuencia, el hueso alveolar, lo que resulta en un agrandamiento gingival. Esto consiste en la infiltración de células en el corion gingival, el cual

crea falsas bolsas, en las que se acumula placa. Ésta produce una lesión inflamatoria secundaria que también contribuye a que la encía se agrande, de modo que el engrosamiento gingival puede deberse a la infiltración leucémica o a la hiperplasia reactiva.



Fig.7. Petequias hemorrágicas muco – labiales presentes en paciente con leucemia.



Fig. 8. Hipertrfia de la mucosa gingival en paciente con leucemia.

Al examen físico, **en los inicios de la enfermedad**, la encía se torna de un color rojizo intenso, con un margen gingival redondeado, tenso, existiendo hemorragia persistente ante estímulos ligeros. Luego se produce un agrandamiento de la papila interdental, que llega a cubrir parte de la corona de los dientes.

Además de la encía, otras zonas de la mucosa bucal están afectadas. El lugar es por lo general, un área sometida a traumatismo, como la mucosa coincidente con la línea de oclusión. Pueden aparecer en estas zonas aftas, úlceras o abscesos resistentes al tratamiento. **La equimosis de la mucosa bucal (fig.9) es un hallazgo constante en estos pacientes.** ⁽¹⁷⁾



Figura 11. Equimosis de la mucosa palatina en paciente con Leucemia.

Es imprescindible la intervención precoz del profesional bucodental ya que puede mejorar considerablemente el pronóstico de la salud oral de los pacientes con esta enfermedad.



CONCLUSIONES.

- Las enfermedades sistémicas de carácter infecto – contagioso que se presentan en la infancia presentan en muchas ocasiones manifestaciones orales.
- El sarampión, aunque es una enfermedad sistémica, su signo patognomónico es una manifestación bucal: las manchas de Koplik. Por la pandemia actual, existen nuevos brotes en el mundo.
- En el caso del herpes simple, el paciente niño presentará la mayoría de las veces, gingivostomatitis herpética primaria, se manifiesta como lesiones vesiculosas que en menos de 24 horas dan lugar a erosiones y úlceras superficiales y sangrantes en los labios, las encías, el paladar duro, la lengua y la mucosa yugal.
- La enfermedad de Kawasaki tiene como signo oral típico de esta enfermedad la lengua de aspecto aframbuesado.
- Las enfermedades sistémicas de carácter hematológico que más comúnmente se presentan en la infancia suelen ser detectadas por sus urgencias estomatológicas.
- La anemia tiene a la queilitis angular como la manifestación clínica oral más común de esta enfermedad.
- En la leucemia, los primeros hallazgos clínicos suelen ser orales, estando presentes signos como equimosis de la mucosa bucal y agrandamiento gingival.



BIBLIOGRAFÍA

1. Casiglia J, Mirowski G. Oral Manifestations of Systemic. Medscape. 2013 March.
2. Sonar Europe; 2020 Enero; disponible en:
https://elpais.com/internacional/2020/01/03/sonar_europe/1578065782_443367.html
3. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. Nelson TRATADO DE PEDIATRÍA. 18th ed.: ELSEVIER; 2009.
4. MR H. Current overview of the pathogenesis and prophylaxis of measles with focus on practical implications. Vaccine. 2001 Diciembre 12; 20: p. 65.
5. Shafer WG LB. Tratado de patología bucal. 4th ed. México DF: Interamericana; 1986.
6. Manual para el diagnóstico de laboratorio de la infección por los virus del sarampión y de la rubéola. 2nd ed.; 2006.
7. MR H. Current overview of the pathogenesis and prophylaxis of measles with focus on practical implications. Vaccine. 2001 Diciembre 12; 20: p. 65.
8. López J. MANUAL PRÁCTICO DE PEDIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA. 2nd ed. Madrid: PUBLIMED; 2013.
9. Contreras A SJ. Herpesviruses in human periodontal disease. J Periodont Res. 2000; 35: p. 3-16.
10. Amir J HLSZVI. The natural history of primary herpes simples type 1 gingivostomatitis in children. Pediatric Dermatol. 1999; 16: p. 259-263.



11. Esper F SEWCFDMKJ. Association between a novel human coronavirus and Kawasaki disease. J Infect Dis. 2005 Febrero; 191(4): p. 499-502.
12. Minchala R. Enfermedad de Kawasaki asociada a Covid-19: Revisión Sistemática. 2020 Septiembre; disponible en:
https://www.revistaavft.com/images/revistas/2020/avft_8_2020/3_enfermedad_kawasaki_asociada.pdf
13. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF. Nelson TRATADO DE PEDIATRÍA. 18th ed.: ELSEVIER; 2009.
14. Tschudy MM NJ. Manual Harriet Lane de Pediatría. 19th ed. Madrid: Elsevier; 2013.
15. Frías G HS. Alteraciones morfológicas de la lengua en pacientes con enfermedades sistémicas. Revista Medicina Interna. 2006 Junio; 22: p. 203-9.
16. Shafer WG LB. Tratado de patología bucal. 4th ed. México DF: Interamericana; 1986.
17. Ayers KM CA. 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 Diciembre; 96: p. 141-6