

Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen
Volume **60**

Número
Number **6**

Noviembre-Diciembre
November-December **2003**




Artículo:

Series en medicina bucal




V. Manejo dental de pacientes que
recibirán trasplantes orgánicos

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Dental Mexicana, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com



Series en medicina bucal

V. Manejo dental de pacientes que recibirán trasplantes orgánicos

Óscar Gay Zárate,* José L
Castellanos,** Laura María
Díaz Guzmán***

* Director de Servicios Clínicos. Clínica
Satélite. La Salle Bajío.

** Práctica privada exclusiva en Medi-
cina Bucal y Periodoncia.

*** Jefe del Departamento de Diagnóstico
y Medicina Bucal, Universidad La Sa-
lle Bajío.

Información general

En la actualidad es cada vez más común encontrar a pacientes que pudieran estar próximos a recibir un trasplante de órganos y su manejo odontológico supone la implementación de acciones previas y posteriores a la cirugía de trasplante; lo anterior, sin contar con los diversos grados de disfunción orgánica que por la propia condición del paciente pudiera suponer, a ese respecto, pueden destacarse diversos grados de inmunosupresión, alteraciones del metabolismo, tendencia a la hemorragia e insuficiencia adrenal por mencionar algunos. Dentro de este manejo, es conveniente dividirlo en 2 estadios, el primero caracterizado por los eventos médicos y odontológicos que preceden a la cirugía de implantación del órgano a ser injertado (fase pretrasplante) y el segundo representado por los procedimientos realizados para la implantación, la aceptación y el mantenimiento del aloinjerto en el organismo del paciente receptor (fase postrasplante).

Estado pretrasplante

Bajo esta situación el paciente mostrará todo el cuadro clínico de una deficiencia orgánica severa. En este periodo se prepara al paciente para recibir en cualquier momento el órgano donante, por lo que es importante que se le mantenga libre de focos infecciosos e inflamatorios de cualquier origen, incluyendo el bucal. Al paciente que va a recibir un trasplante de cualquier órgano, un factor

mayor de riesgo a controlar, es la infección. La infección focal de cualquier origen, puede interferir en la elección de un candidato a trasplante, cuando la posibilidad de llevarlo a cabo se presentara, o exponerle al riesgo de complicaciones infecciosas severas, toda vez que al colocarse un injerto orgánico va a establecerse una enérgica terapia inmunosupresora, en la que usualmente se emplean una gran variedad de medicamentos, solos o combinados. Bajo esta guía preventiva, el paciente que ha sido incluido en un programa de trasplante orgánico debe ser previamente evaluado y monitoreado para obtener y conservar una óptima salud bucal, dental y periodontal. Debe ser eliminado con excelente pronóstico y baja posibilidad de recidiva cualquier foco de infección aguda o crónica. Los parámetros clínicos clásicos pueden variar, de tal forma que en dientes periodontalmente dudosos con enfermedad avanzada (American Association of Periodontology tipo 4), con compromisos furcales, o que muestren complicaciones endoperiodontales, estará indicada su extracción. La misma conducta será observable en dientes endodónticamente desfavorables o con lesiones periapicales estables que usualmente son sometidas a observación bajo condiciones de salud, como aquellos que mostraran conductos tortuosos, lesiones periapicales crónicas o recidivantes, perforaciones y otras condiciones donde se prevea que la manipulación endodóntica sería difícil o el resultado impredecible. La extracción dental también será preferible, en dientes con destrucción cariosa extensa que reduzcan el pronóstico

o exijan alta sofisticación en su restauración. Vigilando que hayan sido controlados los focos de infección e inflamación de cualquier origen en el organismo, incluidos los bucodentales y establecido un programa estricto de control personal de placa dentobacteriana, el paciente estará en las mejores condiciones de recibir y conservar un trasplante orgánico. Bajo estas condiciones el manejo odontológico exige tratar con un paciente con disfunción orgánica en máximo grado, debiendo observarse puntualmente las medidas de manejo correspondientes al órgano por trasplantar.

Protésicamente cualquier procedimiento con aparatología fija, debe ser colocado con suficiente tiempo como para evaluar la respuesta endodóntica y periodontal de los dientes pilares. Sería altamente riesgoso que un paciente recientemente trasplantado y con provisionales protésicos, o puentes definitivos de reciente colocación, presentara manifestaciones infecciosas en algún pilar. Los aspectos psicológicos tendrán un gran peso en la toma de decisiones sobre la extensión del plan de tratamiento dental. El mejor manejo dental de los pacientes con aloinjertos es el preventivo. Una vez conseguido un óptimo estado bucal, dental y periodontal previo a la cirugía de implantación del injerto, éste debe conservarse a través de un programa de mantenimiento riguroso, donde queden involucrados médica y conceptualmente el equipo médico, el odontólogo y el paciente.

Estado postrasplante

Dentro de esta etapa es posible identificar tres diferentes aspectos de manejo médico asociados al evento de trasplante de un órgano. El primero es el de la fase temprana, que dura de 1 a 3 meses; el segundo, el de la fase estable (después de los tres meses) y el tercero es el de una indeseable pero latente fase de rechazo agudo o crónico del trasplante.

La fase de trasplantación temprana, estará caracterizada por los esfuerzos realizados para la aceptación del injerto, por lo que el paciente estará sometido a altas dosis de inmunosupresores, como ciclosporina, para evitar que el sistema inmune del paciente, particularmente por la participación de linfocitos T, destruya al órgano injertado. Es la época de mayor riesgo de rechazo agudo del trasplante. Puede haber complicaciones y cambios en otros sistemas, manifiestos de acuerdo con el órgano trasplantado. Durante esta fase que corresponde a los primeros tres meses siguientes al trasplante, el paciente estará severamente inmunosuprimido y el injerto en proceso de integración, a través de la creación de anastomosis y su epitelización. Cualquier manejo dental sólo debe incluir procedimientos que resuelvan situaciones de urgencia. En caso de ser requerido un proceso invasi-

vo, será necesario realizarlo en un medio hospitalario junto con el resto del equipo médico que maneja al paciente, vigilando aspectos variados como la respuesta a la coagulación y aminorando el riesgo infeccioso. En estos casos es conveniente utilizar terapia profiláctica antibiótica para prevenir una endarteritis infecciosa, ya que las áreas en proceso de epitelización son susceptibles a implantación y colonización bacteriana. El esquema es distinto al empleado para alteraciones cardíacas, deben procurarse fármacos plurifuncionales que actúen sobre bacterias Gram positivas y Gram negativas, aerobias y anaerobias, que sean además bien absorbidos por el fluido ascítico. La combinación recomendable, por ejemplificar, es el uso de imipenem/cilastatina (Tienam) a dosis convenidas con el médico; otra opción pudiera ser amoxicilina/metronidazol en una dosis de 2 g y 500 mg respectivamente una hora antes del procedimiento dental.

El manejo durante la fase estable, busca que la aceptación del trasplante sea mantenida. El paciente permanecerá indefinidamente recibiendo inmunosupresores, en muchas ocasiones combinados. Los más comunes son ciclosporina y corticosteroides como prednisona, pero puede ser necesario el uso de otros inmunorreguladores e inmunosupresores como azatioprina, anticuerpos monoclonales (OKT3), globulina antilinfocítica (ATG) y FK506 (macrólido inmunosupresor). Aunque las cuentas sanguíneas permanecen usualmente bajas, los elementos que caracterizan una función orgánica adecuada, vuelven a la normalidad o muy cercana a ella reflejados en la biometría hemática, química sanguínea, proteínas séricas y pruebas de hemostasia y coagulación, por mencionar algunos; estos exámenes de laboratorio deben de ser recientes, vigentes para la adecuada y oportuna toma de decisiones e indicados específicamente por razones estomatológicas. El riesgo mayor en esta fase, es la aparición de infecciones para la aceptación y conservación de injertos orgánicos, por lo que antes de cualquier prescripción farmacológica deben descartarse estos imponderables; además de que el uso de ciclosporina puede inducir a hiperplasia gingival, que puede minimizarse mediante una adecuada educación higiénica y mantenimiento periodontal.

El paciente va a permanecer bajo terapia con drogas inmunosupresoras que pueden incluir prednisona, lo que obliga a considerar en el manejo, el riesgo latente infeccioso (bacteriano, micótico o viral) el mantenimiento periódico reducirá riesgos y la posibilidad de supresión de la función de la corteza adrenal. Las infecciones deberán ser atacadas agresivamente preferentemente apoyándose en antibiogramas, para emplear fármacos específicos y los estados de supresión suprarrenal compensados oportunamente a través de los protocolos específicos.

En caso de infecciones micóticas, las suspensiones de nistatina, los trociscos de clotrimazol (50 mg por día) o

presentaciones de miconazol en gel para uso bucal, son excelentes ayudas terapéuticas. En casos de afecciones graves puede emplearse fluconazol, 100 mg por día. En lo correspondiente a infecciones virales, la más común como en otros estados de inmunosupresión es la producida por citomegalovirus, que puede ser tratada con ganciclovir. Otras infecciones virales que pueden presentarse con grado variable de afección local o sistémica, incluyen las originadas por herpes simples, herpes zoster, virus de la hepatitis y VIH.

En el paciente bajo condiciones estables, son los procedimientos de odontología preventiva, los que mayor repercusión favorable causarán. El paciente debe ser motivado a conservar la salud bucal alcanzada antes de la implantación del órgano, por medio de un programa intenso y puntual de mantenimiento de la salud bucal. Debe ser considerado el uso de profilaxis antibiótica, discutido con el médico tratante; la combinación recomendable pudiera ser amoxicilina 2 g/metronidazol 500 mg una hora antes del procedimiento dental.

Fase de rechazo. El rechazo de un injerto puede tener un comportamiento crónico o agudo. El cuadro crónico es insidioso y el manejo médico será a base de diferentes tipos de inmunosupresores. Es posible observar junto con la inmunosupresión del paciente, un deterioro paulatino de la función orgánica con secuelas de disfunción. El rechazo agudo puede ser temprano, cercano a la cirugía de implantación o irse repitiendo durante la fase de rechazo crónico. La terapia en estos casos es agresiva, tanto por el número como por las dosis de drogas inmunosupresoras

empleadas, el paciente se deprimirá inmunológicamente de manera marcada y los riesgos por los efectos secundarios de la terapia aumentarán, por lo que pueden observarse infecciones asociadas y daño por disfunción renal o hepática dependiendo del órgano trasplantado; lo cual pudiera hacer necesaria la atención dental hospitalaria, en colaboración con un equipo médico experimentado. La terapia profiláctica antibiótica puede estar indicada por la extrema inmunosupresión, para prevenir septicemias, basada en el uso de antimicrobianos polivalentes como imipenem/cilastatina (Tienam), en dosis acordadas con el médico a cargo. El estado de rechazo agudo usualmente se presenta los primeros 15 días después de la colocación del injerto o puede ser recurrente y presentarse dentro de los estados de rechazo crónico.

Bibliografía

1. Castellanos JL, Díaz LM, Gay ZO. *Medicina en Odontología. Manejo dental del paciente con enfermedades sistémicas*. 2ª Ed. El Manual Moderno. México 2002.

Reimpresos:

C.D. Óscar Gay Zárate

Blvd. Adolfo López Mateos 744. Pte. Desp. 1

C.P. 37000 León, Gto. México.

Tel. (01477) 716 7264

oscargay@yahoo.com

Este documento puede ser visto en:

www.medigraphic.com/adm