

Enfermedades Infecciosas en la Cavidad Oral: Repercusión en la Clínica Odontopediátrica

Infectious Diseases in Oral Cavity: Repercussions for Paediatric Dentistry

Ana María Altuna Martín, Irene María Bordes Fernández,
Andrea Cano Urdiales y Ana Encinas Ramos

Tutora:

M^a Rosa Mourelle Martínez

Universidad Complutense de Madrid

Resumen

Las enfermedades infecciosas son aquellas que están causadas por microorganismos patógenos como virus, hongos, bacterias y parásitos. El odontopediatra en ocasiones se encuentra con la manifestación clínica de estos procesos infecciosos, por lo que con este trabajo se intenta hacer un reconocimiento de los principales signos y síntomas para poder llegar a un diagnóstico correcto. Las enfermedades más frecuentes con las que nos encontramos son: la escarlatina, la mononucleosis infecciosa, rubéola, sarampión, varicela, la gingivostomatitis herpética y el herpes labial.

Palabras clave: odontopediatría, enfermedades infecciosas, virus, bacterias, cavidad oral.

Abstract

Infectious diseases are those that are caused by pathogenic microorganisms such as viruses, fungi, bacteria and parasites. Occasionally, a paediatric dentist finds clinical cases of these infectious processes, thus in this article we try to discover the principal signs and symptoms needed in order to be able to reach a correct diagnosis. The most common diseases found are scarlet fever, infectious mononucleosis, rubella, measles, chickenpox, herpetic gingivostomatitis and herpes labialis.

Keywords: paediatric dentistry, infectious diseases, viruses, bacteria, oral cavity.

Introducción

Según la OMS las enfermedades infecciosas son causadas por microorganismos patógenos como las bacterias, los virus, los parásitos o los hongos.

Podemos diferenciar en dos grandes grupos las enfermedades que tienen más repercusión en la clínica odontopediátrica: enfermedades bacterianas y enfermedades víricas.

Discusión

Enfermedades bacterianas

Escarlatina

La escarlatina es una infección de la vía respiratoria superior producida por una bacteria, el *streptococcus pyogenes* beta-hemolítico del grupo A.

La transmisión se produce a través de gotitas de saliva de las vías respiratorias y de secreciones nasales (Kliegman, 2012).

La sintomatología es la de una faringoamigdalitis aguda grave. Aparece un exantema maculopapular de color rojo escarlata en la piel. En la cara no suele presentar el exantema salvo por las mejillas, que suelen estar enrojecidas, respetando la zona perinasobucal.

Durante el periodo prodrómico la lengua es simplemente saburral, con la punta roja, al avanzar la enfermedad se produce una descamación intensa, desapareciendo la saburra y quedando un color rojo intenso con papilas prominentes, adquiriendo un aspecto de fresa. Se produce por engrosamiento de las papilas y tumefacción (Cruz, 2010; Kliegman, 2012).

Enfermedades víricas

Mononucleosis infecciosa

El síndrome de mononucleosis infecciosa es producido por infección de un herpes virus tipo 4, el virus de Epstein-Barr (VEB). El virus se transmite mediante secreciones orofaríngeas por intercambio de saliva (Kliegman, 2012).

La infección por VEB es muy común a nivel mundial. La primoinfección del virus en la infancia suele ser asintomática e indistinguible de otras infecciones infantiles. La exploración física refleja adenopatías, más frecuentemente de las cadenas cervicales y en ganglios submandibulares, esplenomegalia (en un 50% de los casos). En adolescentes y adultos, más de un 50% de los casos desarrollan la tríada clásica; astenia, faringitis y linfadenopatías generalizadas. Es muy frecuente aparición de petequias en las porciones dura y blanda del paladar. Pseudomembra-

na blanco-grisácea en las amígdalas y en los pilares amigdalinos con eritema y edema intensos alrededor (Dunmire, Hogquist y Balfour, 2015; Kliegman, 2012; Pollard y Finn, 2005).

Varicela

La varicela, una infección universal y sumamente contagiosa, suele ser una enfermedad benigna de la infancia caracterizada por un exantema vesiculoso. El agente causal es el virus *varicela-zóster*. Extraoralmente, la erupción pasa por estadios de máculas, pápulas, vesículas y pústulas antes de las costras, dejando a veces cicatrices en forma de cráter (Bagán Sebastián, 2013).

Intraoralmente, se observan vesículas, erosiones y úlceras superficiales dolorosas cubiertas por una pseudomembrana, especialmente en el paladar, que se rompen formando úlceras dolorosas con un halo inflamatorio (Bagán Sebastián, 2013).

Las lesiones aparecen a brotes sucesivos con intervalos de 2 a 4 días. Los niños pequeños tienden a tener un menor número de vesículas que los individuos adultos (Braunwald et al., 2002).

Sarampión

El sarampión es una enfermedad respiratoria exantémica aguda, muy contagiosa, con un cuadro clínico característico y un enantema patognomónico. Se trata de un virus que se transmite por las secreciones respiratorias, predominantemente por la exposición a aerosoles, pero también por el contacto directo con gotitas grandes.

Los intervalos medios desde la infección a la instauración de los síntomas y la aparición de exantema son, respectivamente de 10 y 14 días.

Inmediatamente antes del desarrollo del exantema, aparecen manchas de Koplik, unas manchas de 1 o 2 mm de diámetro de color blanco azulado sobre un fondo rojo intenso que podemos observar en la cavidad oral (Braunwald et al., 2002).

Virus Herpes Simple

El virus del herpes simple es considerado uno de los patógenos más frecuentes en el ser humano causante de erupciones vesiculares y ulceraciones en piel y mucosas. A su vez, el virus presenta dos subtipos: el 1 y el 2, siendo 1 el que más frecuentemente se presenta en la región orofacial. El virus *del Herpes Simple I* produce la gingivostomatitis herpética y el herpes simple recurrente (herpes labial). El contacto de manera directa con lesiones presentes tanto en piel como mucosas es la principal vía de contagio de este virus (Sariego, Díaz y Baldiris, 2011).

La gingivostomatitis herpética es la primoinfección, generalmente asintomática. Es típica en los primeros años

de infancia. El herpes labial es el resultado de la reactivación del virus que se encuentra latente en el ganglio del nervio trigémino del huésped con infección previa (Boj, Catalá, García-Ballesta y Mendoza, 2011).

La gingivoestomatitis herpética se acompaña de un pródromo viral de malestar general, fiebre, etc, tras un periodo de incubación de una semana aproximadamente. A los 3-5 días se observan vesículas en la mucosa labial, lingual y gingival, que dan lugar a úlceras grandes y dolorosas pasados 2-3 días más. La encía presenta edema y eritema, además de sangrar con facilidad al mínimo estímulo. Las úlceras curan sin dejar cicatriz.

En el herpes labial es común la aparición de pródromos como prurito o sensación de cosquilleo. El cuadro clínico es la manifestación oral de lesiones vesiculares o ulceradas de entre 2 y 4 mm de diámetro que se rompen y forman costras en 36 a 48h. Afectan los labios en la unión mucocutánea, comisuras labiales o por debajo de la nariz y la cicatrización ocurre en 7-10 días (Boj et al., 2011).

La primoinfección cede por sí misma, y la etapa aguda por lo general dura de siete a 10 días. Con respecto al herpes labial el tratamiento es sintomático, el tratamiento sistémico indicado en herpes muy recidivantes es aciclovir tópico, administrado en las primeras horas de la infección. Si se emplea durante los pródromos puede evitarse la formación de vesículas (Boj et al., 2011).

Rubéola

La rubéola se produce por un virus pleomórfico que contiene ANA (anticuerpos antinucleares). Durante la enfermedad clínica el virus está presente en las secreciones nasofaríngeas, sangres, heces y orina. Los sujetos con infección subclínica también son infectantes. (Kliegman, 2012)

La rubéola se caracteriza por la aparición del exantema en la cara, la cual se extiende hasta tronco y extremidades. Las lesiones básicas son máculas finas de color rosa. En ocasiones aparecen pequeñas manchas purpúricas en el paladar blando. (Forfar y Gavin, 1986)

Gran prevalencia de hipoplasias del esmalte se produce en casos de rubéola (De la Teja-Ángeles, Durán-Gutiérrez, Espinosa-Victoria y Ramírez-Mayans, 2008).

Conclusiones

La clínica odontopediátrica puede ser el primer lugar donde observar la manifestación clínica de enfermedades infecciosas, por ello es imprescindible conocer sus manifestaciones orales y así ser capaces de diagnosticar, incluso de manera precoz, enfermedades de afectación sistémica.

Referencias

- Bagán Sebastián, J. V. (2013). *Medicina y patología bucal*. Valencia, España: Medicina Oral.
- Behrman, R. E. (1987). *Nelson. Tratado de pediatría* (Vol. 1). Madrid, España: McGraw Hill-Interamericana.
- Boj, J. R., Catalá, M., García-Ballesta, C. & Mendoza, A. (2004) *Odontopediatría*. Barcelona, España: Masson.
- Braunwald, E., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L. & Jameson, J. L. (2003). *Harrison. Principios de medicina interna* (Vol. 1). Madrid, España: McGraw Hill-Interamericana.
- Cruz Hernández, M. (2010). *Tratado de pediatría* (Vol. II). Madrid, España: Ergon.
- De la Teja-Ángeles, E., Durán-Gutiérrez, A., Espinosa-Victoria, L., & Ramírez-Mayans, J. A. (2008). Manifestaciones estomatológicas de los trastornos sistémicos más frecuentes en el Instituto Nacional de Pediatría. Revisión de la literatura y estadísticas del instituto. *Acta Pediátrica de México*, 29(4), 189-199.
- Dunmire, S. K., Hogquist, K. A., & Balfour, H. H. (2015). Infectious mononucleosis. In C. Münz (Ed.), *Epstein barr virus Volume I. Current topics in microbiology and immunology* (Vol. 390, pp. 211–240). http://doi.org/10.1007/978-3-319-22822-8_9
- Forfar, J. O., & Arneil, G. C. (1986). *Tratado de pediatría* (Tomo 2). Barcelona, España: Salvat.
- Kliegman, R. B. (2012). *Nelson. Tratado de pediatría* (Vol. 2). Barcelona, España: Elsevier.
- Pollard, A. J. & Finn, A. (2005). *Hot topics in infection and immunity in children II. Advances in experimental medicine and biology* (Vol. 568). New York, NY: Springer.
- Sariego Santana, H. F., Díaz Caballero, A. J., & Baldiris Ávila, R. M. (2011). Primoinfección por virus del herpes simple tipo 1. Manejo farmacológico y características clínicas. *Duazary*, 8(2), 199-205.