

**INFLUENCIA DE LOS FACTORES SISTEMICOS EN LOS TEJIDOS
PERIODONTALES DE LOS ADULTOS MAYORES
Odontogeriatría, Periodoncia**

Dr. Ricardo Roisinblit -
Dra. Lydia Paszucki

A pesar de que se acepte ahora que la enfermedad periodontal surge como una respuesta inmune a la placa bacteriana, se reconoce también que la naturaleza y severidad de esta respuesta puede ser modificada por muchos factores sistémicos incluyendo: estado de nivel hormonal, deficiencias nutricionales, discrasias sanguíneas, ingesta de drogas, sistema inmune comprometido, etc.

En la tercera edad, algunos cambios bucales sugieren la presencia de un trastorno sistémico. Sin embargo, para llegar a un diagnóstico específico se requiere haber descartado cualquier alteración gingival o periodontal propiamente dicha.

Consideraremos en este trabajo ciertos factores sistémicos y su relación con los tejidos periodontales.

Para facilitar su comprensión los clasificaremos de la siguiente manera:

- 1.- Los que condicionan o agravan la respuesta a la placa bacteriana.
- 2.- Los que producen manifestaciones periodontales de enfermedades sistémicas.
- 3.- Los que requieren cuidados especiales.

FACTORES SISTÉMICOS QUE CONDICIONAN O AGRAVAN LA RESPUESTA A LA PLACA BACTERIANA.

DIABETES

Es una enfermedad metabólica caracterizada por una anomalía en el metabolismo de la glucosa, producida por deficiencia de insulina, menor utilización de ella o por problemas en su metabolismo, produciendo cifras de glucosa elevada en sangre y orina.

Frecuentemente está acompañada por una anomalía vascular con engrosamiento de las membranas basales de los capilares (microangiopatía), polidipsia, poliuria, polifagia, predisposición a las infecciones, y retraso en la cicatrización de heridas.

Estudios en animales han demostrado que existe un factor genético predisponente. Sin embargo se han descrito influencias bacteriológicas y virales que contribuyen al desarrollo de la enfermedad.

Se describen tres tipos de diabetes:

Tipo I) Dependiente de insulina.

Conocida anteriormente como diabetes juvenil o ataque diabético juvenil, producido por falta de insulina, por la hipofunción o carencia de las células beta de los islotes de LangerHans del páncreas. Presenta los siguientes síntomas: polidipsia, poliuria, polifagia, predisposición a las infecciones, etc.

Tipo II) No dependiente de insulina.

Es el tipo del adulto mayor. Se presenta en general en individuos obesos y usualmente se controla por la dieta o agentes hipoglucemiantes. Tiene los mismos síntomas que la diabetes juvenil pero con menor gravedad.

Tipo III) Diabetes Secundaria.

Causada por trastornos sistémicos o por la gestación.

Características clínicas bucales de los diabéticos no controlados.

Los pacientes diabéticos controlados son considerados como cualquier otro paciente, ya que no presentan ninguna patología adicional.

Aquellos no controlados tienen tendencia al resecamiento y agrietamiento de la mucosa bucal, disminución en el flujo salival y alteración en la flora, con gran predominio de *Candida albicans*.

También se observa alteración en la erupción dentaria, y lo que es más notable y significativo: reducción en los mecanismos de defensa y aumento en la susceptibilidad a las infecciones, aliento cetónico, xerostomía, candidiasis, periodontitis progresiva

Cabe destacar que a medida que avanza la edad, se alteran aún más las reacciones del huésped a los microorganismos de la placa. Se produce un mecanismo de defensa local con el cual el huésped compensa la reacción inmunitaria menos efectiva o la disminución de los polimorfonucleares con una reacción inflamatoria más severa de la encía marginal.

En relación al periodonto existen ciertos cambios particulares: tendencia a la formación de abscesos, agrandamiento de la encía, pólipos gingivales o pedunculares.

Los cuadros periodontales clínicos y radiológicos de los diabéticos son indudablemente más precoces e intensos que los de los pacientes periodontales sin dicha enfermedad. Esto nos orienta a pensar en alguna alteración sistémica, en caso de hallarnos frente a cuadros intensos de polidipsia, polifagia, poliuria, acompañada de supuraciones dolorosas del margen gingival y papila interdental (típica de las diabetes no controlada), dientes sensibles a la percusión, abscesos periodontales recurrentes y extensas pérdidas de los tejidos de soporte en breves lapsos.

Otro aspecto que ha dado lugar a numerosas investigaciones es el de la relación entre el rápido incremento de destrucción periodontal y la presencia de elevados niveles de glucosa en sangre en **adultos mayores con pobre control de diabetes**. Si bien parece existir cierta relación, las investigaciones no son concluyentes al respecto. No obstante se aconseja que, ante la observación de rápidos incrementos de destrucción periodontal en adultos mayores, como los que se deducen de radiografías periódicas, se practiquen estudios médicos complementarios para verificar la presencia de diabetes.

Complicaciones de la diabetes y cambios periodontales.

Entre las diversas complicaciones que presenta se encuentran cambios arteriolares (microangiopatías), que a nivel microscópico se traducen en un engrosamiento de la membrana basal de los capilares.

Dicha alteración reduce la corriente sanguínea impidiendo el transporte de los nutrientes necesarios para el mantenimiento de los tejidos gingivales y el aporte de oxígeno, provocando un entorno propicio para el desarrollo de microorganismos anaerobios dentro de la bolsa periodontal.

La distribución y gravedad de los irritantes locales provenientes de la placa bacteriana afectan el curso de la enfermedad periodontal en estos pacientes.

La diabetes no causa gingivitis, pero hay evidencias de que altera la respuesta de los tejidos periodontales a los irritantes locales, apresurando la pérdida de hueso por la enfermedad y retardando la cicatrización quirúrgica de los tejidos.

Los abscesos periodontales frecuentes parecen ser una característica importante de la enfermedad periodontal en diabéticos.

Estudios bioquímicos

El fluido gingival de los diabéticos contiene un valor reducido de monofosfato de adenosina cíclico (AMPc) comparado con los que no tienen diabetes. Dado que el AMPc reduce la inflamación este es otro mecanismo posible que conduce a acelerar el proceso inflamatorio gingival en diabéticos.

Estudios inmunológicos:

El incremento de la susceptibilidad a la infección en los diabéticos hace suponer que es debido a deficiencias en las funciones de quimiotaxis y fagocitosis de los leucocitos polimorfonucleares. No se han hallado alteraciones en las inmunoglobulinas A (IgA), G (IgG), y M (IgM).

Diabetes y flora periodontal:

Diabetes insulino-dependiente: Estudios microbiológicos corroboran que el *actinomyces actinomycetemcomitans* (Aa) está estrechamente vinculado a este tipo de diabetes. Esta bacteria es altamente específica, no actúa por masividad, produce infecciones a distancia, ya sea por vía sanguínea o digestiva a partir de la cavidad bucal. Es por esto que se lo puede hallar en abscesos cerebrales, infecciones bronquiales o urinarias o, lo que es más común, dando patología cardíaca.

Es en la endocarditis infecciosa donde se lo halló con más frecuencia. El Aa libera una exotoxina (leucotoxina), la que inhibe las defensas del huésped, destruyendo a los polimorfonucleares. Se encontró que estas sustancias leucotóxicas son más frecuentes en pacientes jóvenes que en adultos mayores.

Diabetes no insulino dependiente: Esta flora es diferente a la del paciente diabético insulino dependiente. En este caso predominan los bacteroides. Estos son bacilos gram negativos anaerobios, sin movilidad, y se los conoce como negros pigmentados, pues toman ese color cuando son cultivados en medios con sangre. Actúan por masividad, lo que significa que para producir daño tienen que existir una gran cantidad de los mismos.

Resumiendo:

- 1.- La diabetes no causa gingivitis ni periodontitis, pero los tejidos presentan menor resistencia a los irritantes locales, como la placa bacteriana supra y subgingival y el cálculo.
- 2.- En el paciente insulino dependiente bien controlado se aconseja consultar con el médico antes de iniciar el tratamiento, planificar las citas por la mañana luego del desayuno y de la inyección de insulina y lograr una correcta higiene mecánica y farmacológica efectuando controles cada tres o cuatro meses.
- 3.- En el paciente insulino dependiente no controlado o mal controlado no hacer nada sin previa derivación médica.
- 4.- El diabético no insulino dependiente sin control debe ser derivado al médico, luego realizar el tratamiento con terapia básica acompañada o no de cirugía. Efectuar controles cada cuatro meses.

B) DEFICIT NUTRICIONALES:

Avitaminosis C: La deficiencia grave de vitamina C produce escorbuto. Es una enfermedad que aparece en los niños durante el primer año de vida si la fórmula de leche artificial no está vitaminada y en **los ancianos que viven con dietas restringidas**.

Las manifestaciones clínicas del escorbuto comprenden: mayor susceptibilidad a las infecciones y alteración en la cicatrización de las heridas. Los dientes flojos, las encías tumefactas y la hemorragia son características bien comunes del escorbuto.

La ausencia de vitamina C retrasa la formación de osteoide. Daña la función osteoblástica, trae formación de colágeno defectuoso y aumento en la permeabilidad capilar.

Trabajos en experimentación sugieren que el ácido ascórbico, desempeña una función en la enfermedad periodontal a través de los siguientes mecanismos:

- 1.- Al influir en la formación de colágeno, en el periodonto afecta la capacidad del tejido de regenerarse y repararse.
- 2.- La deficiencia de ácido ascórbico al aumentar la permeabilidad de la mucosa bucal permite el pasaje de endotoxinas. Por lo tanto un buen nivel de ácido ascórbico mantiene la función del epitelio como barrera para los productos bacterianos.
- 3.- Se requiere una cantidad óptima de ácido ascórbico para mantener la integridad de la microvasculatura periodontal a la irritación bacteriana. Los diferentes análisis demuestran que **los pacientes con deficiencia de vitamina C sin acumulación de placa no presentan cambios en su estado de salud gingival**.

C) MEDICAMENTOS:

Fenitoína

Esta droga, al utilizarse como anticonvulsivo en el tratamiento de la epilepsia trae generalmente agrandamiento gingival.

Características clínicas: La lesión comienza con un aumento de volumen en la zona de la papila interdental, que con el avance de la enfermedad, los aumentos del margen y de la papila se unen formando una gran masa de tejido que cubre las coronas de los dientes. Este aumento de volumen es generalizado, pero es más grave en la región anterior de los maxilares. El agrandamiento es crónico y tiene un crecimiento lento que puede llegar a interferir con la oclusión. Se dificulta el control de placa, acarreado un proceso inflamatorio secundario que complica el aumento gingival causado por el medicamento.

El aumento de tamaño causado por la droga se incrementa con la inflamación provocada por la falta de higiene. Los cambios inflamatorios secundarios aumentan el tamaño de la lesión dando una coloración rojiza y creando mayor tendencia a la hemorragia y halitosis.

Es poco frecuente la migración apical del epitelio de unión, por lo que se crean bolsas falsas profundas a medida que continúa la acumulación de placa.

Diferentes estudios corroboran que la fenitoína causa agrandamientos en pacientes genéticamente susceptibles, al inducir la proliferación de fibroblastos muy activos que producen cantidades elevadas de colágeno.

Si bien la mayoría de estos agrandamientos se dan en niños y adolescentes, se ha observado que pacientes edéntulos presentan encías lobulosas. (por acción de la droga).

El tratamiento periodontal consiste en la disminución de los niveles de placa, técnica de higiene correcta, colutorios con clorhexidine y debido a las frecuentes recidivas se impone la técnica resectiva de gingivectomía a bisel interno para tener un postoperatorio menos cruento.

Ciclosporina

Se utiliza para prevenir el rechazo que sigue al trasplante de órganos y médula ósea (Por ej. trasplante de riñón e hígado) así como para el tratamiento de artritis reumatoidea y diabetes tipo I .

Este fármaco ejerce su efecto mediante la supresión selectiva de subpoblaciones específicas de linfocitos T, lo cual interfiere en la producción de linfoquinas e interleuquinas. Algunos autores postulan que la ciclosporina actúa estimulando los fibroblastos, es decir aumentando su capacidad metabólica, los cuales están genéticamente determinados.

Otros sostienen que la droga produciría inhibición de las colagenasas, enzimas encargadas de la reabsorción del colágeno. Entre las diferentes drogas que originan agrandamientos gingivales, ésta ocupa el 15%, pero su uso irá en aumento por el incremento de trasplantes de órganos. A diferencia de otras drogas que producen aumento de volúmenes gingivales, en ella se observa que hay relación dosis-dependencia, es decir que al reducir la dosis se disminuyen o suprimen las recidivas. Una de las consideraciones a tener en cuenta en los pacientes tratados con ciclosporina, es la necesidad de realización de biopsias en la técnica de gingivectomía para descartar la posibilidad de Sarcoma de Kappozzi o linfoma . Las lesiones gingivales por lo general no se diferencian clínicamente de las causadas por la fenitoína, comenzando por la región interdental (zona de papilas).

Nifedipina

Este medicamento dilata las arterias coronarias y arteriolas, mejorando así el aporte de oxígeno al corazón. También actúa como hipotensor al dilatar la vasculatura periférica. Produce un agrandamiento gingival similar al originado por la fenitoína.

Al contrario de lo que ocurre con la ciclosporina aquí no hay relación con la dosis, sino con la presencia de placa, por lo tanto, un control adecuado de la misma ayuda a prevenir y moderar el agrandamiento.

Por otra parte el uso de clorhexidine en forma local, se ve justificado por la alta concentración que presenta la nifedipina en fluidos gingivales.

Es apropiada la interconsulta médica para evaluar la posibilidad de reemplazo de la droga. Si esto es factible el agrandamiento remitirá a niveles normales a los tres o nueve meses después de haber sido tratado con ultrasonido y antimicrobianos locales.

FACTORES SISTÉMICOS QUE PRODUCEN ENFERMEDAD PERIODONTAL

a) Hemáticos

Leucemia: La leucemia es una neoplasia maligna de los precursores de los glóbulos blancos cuya etiología sigue sin esclarecerse, sin embargo entre las posibles causas señaladas con mayor frecuencia se encuentran:

- * Radiaciones ionizantes.
- * Ciertas sustancias químicas.
- * Algunos virus.

Se caracteriza por:

- 1) Reemplazo difuso de la médula ósea por células leucémicas proliferantes.
- 2) Cantidades y formas anormales de glóbulos blancos inmaduros en la sangre periférica que se traduce en células incapaces de combatir.
- 3) Infiltración y diseminación en hígado, bazo y ganglios linfáticos.
Pueden ser linfocíticas o mielocíticas y de acuerdo con su evolución: de tipo agudo, que lleva a una muerte súbita; subaguda o crónica.

El reemplazo de los elementos de la médula ósea por células leucémicas disminuye la producción de glóbulos blancos normales y plaquetas, produciendo anemia y trastornos hemorrágicos que suelen verse en los pacientes adultos mayores. La capacidad defensiva o reparativa local puede ser afectada adversamente, ya sea por la presencia de células inmaduras o deterioro de mecanismos inmunológicos sistémicos.

Se ha sugerido que existe una disfunción celular que se manifiesta por la actividad fagocítica deteriorada, característica del estado preleucémico.

El periodonto en pacientes leucémicos: Las células leucémicas pueden infiltrar la encía y con menor frecuencia el hueso alveolar, lo que suele traer como resultado un agrandamiento gingival.

Este consiste en una infiltración de células leucémicas en el corion gingival, el cual crea falsas bolsas en donde se acumula la placa bacteriana. Ésta inicia una lesión inflamatoria secundaria que también contribuye al agrandamiento de la encía. Se describen diversos grados de inflamación gingival, ulceración y necrosis. Al principio la encía aparece de color rojizo intenso con un margen gingival redondeado, tenso. Luego se produce un aumento de tamaño en la papila interdental, cubriendo en parte las coronas de los dientes.

En pacientes de edad avanzada se pueden observar estomatitis causadas por bordes filosos de prótesis desadaptadas, acciones traumáticas, etc, llegando a producir en algunos de ellos celulitis facial y septicemia. Estas úlceras son el resultado de la invasión bacteriana debida a la leucopenia grave, o atrofia de la mucosa causada por efecto directo de fármacos quimioterápicos.

En la leucemia se altera la respuesta a la irritación, por lo que los componentes celulares del exudado inflamatorio son diferentes en cantidad y calidad de los que se observan en individuos sanos. Además de las células inflamatorias usuales hay infiltración pronunciada de células leucémicas inmaduras en ganglios, bazo, etc. Esto se traduce en cambios degenerativos de la encía anteriormente mencionados como: tonalidad rojo-azulada y consistencia marcadamente esponjosa, y lo que es muy importante, con gran capacidad de hemorragia persistente ante un estímulo ligero o en forma espontánea. Esto último podría llegar a ser un signo patognomónico de alerta, en el momento de la inspección clínica.

Esta tendencia hemorrágica se manifiesta en la piel y en toda la mucosa bucal, en donde se encuentran petequias. Este tejido alterado y degenerado es susceptible en extremo a la infección bacteriana, encontrándose con frecuencia necrosis gingival y formación de pseudomembranas, llegando a constituir verdaderas lesiones de gingivitis ulceronecrotizante aguda.

Conforme avanza la edad se altera la reacción del huésped a los microorganismos de la placa y las reacciones inflamatorias de la encía son más pronunciadas.

Todos estos cambios bucales producen trastornos sistémicos: pérdida de apetito, náuseas, pérdida de sangre por la hemorragia gingival persistente, toxemia, septicemia, dolor.

En la leucemia crónica son poco frecuentes los agrandamientos gingivales. El tratamiento periodontal durante la fase aguda de la enfermedad, consiste en la eliminación de los irritantes locales y el control de placa (siempre hallándose estos bajo control y/o consulta médica). En el caso de adultos mayores se complica en general, entre otras cosas por el tema de la falta de motricidad (a veces alterada) o bien por el mal hábito en la técnica de cepillado que ya después de tantos años es difícil de modificar.

Anemia: Consiste en la disminución en el número de los glóbulos rojos y en la cantidad de hemoglobina. Puede ser el resultado de pérdida sanguínea, formación defectuosa de sangre o mayor destrucción de ésta.

En los pacientes de edad, el recuento de glóbulos rojos y hemoglobina disminuye en forma leve, debido a la reducción de la actividad de la médula ósea y al aumento de la fragilidad de los glóbulos rojos.

Las anemias según su morfología celular y el contenido de hemoglobina se clasifican en:

- a) **Anemia Macroscítica Hiperocrómica** (anemia perniciosa).
- b) **Anemia Microscítica Hipocrómica** (anemia por deficiencia de hierro).
- c) **Anemia Drepanocítica.**

a) Anemia Macroscítica Hiperocrómica: Es la más frecuente en individuos de más de 40 años de edad. Afecta a ambos sexos de igual manera. Se caracteriza por disminución grave de la cantidad de eritrocitos (1.000.000 por mm³), disminución de la cuenta de plaquetas (40.000 por mm³), disminución de glóbulos blancos y presencia de glóbulos rojos que contienen núcleos o fragmentos nucleares.

Algunos de los síntomas dignos de enumerar son: entumecimiento, parestesia de las extremidades, debilidad y lengua sensible.

Cambios bucales: Se presentan en la encía, en la mucosa bucal, en los labios y en el 75% de los casos abarca la lengua. Los cambios histológicos iniciales consisten en agrandamiento de células epiteliales con núcleos gigantes y polimorfismo nuclear.

La encía y la mucosa están pálidas y amarillentas y son susceptibles a la ulceración (esto es un signo característico).

La lengua está roja, lisa y brillante, debido a la atrofia uniforme de las papilas fungiformes y filiformes. Es sensible al calor y a los alimentos condimentados, siendo dolorosa la deglución. El paciente se queja de que siente la lengua en carne viva y tiene una sensación quemante.

b) Anemia Microscítica Hipocrómica: Se relaciona con la ingesta o absorción inadecuada de hierro. Se observa con mayor frecuencia entre las mujeres. Se caracteriza por una disminución moderada en la cantidad de glóbulos rojos (3.000.000 por mm³) y recuento de plaquetas aumentado (5.000.000 por mm³).

Entre los aspectos clínicos importantes, cabe mencionar: debilidad, fatiga y palidez.

Cambios bucales: No todos los pacientes presentan cambios bucales. Cuando ocurre, el más notable es la palidez de la mucosa gingival y la lengua, seguidos con atrofia papilar y pérdida del tono muscular.

En los paciente con anemia crónica, puede desarrollarse un síndrome que consiste en glositis, ulceración de la mucosa bucal, bucofaringea y disfagia que se conoce como: Síndrome de Plummer Vinson.

c) Anemia Drepanocítica: Se caracteriza por palidez, ictericia, debilidad, manifestaciones reumatoideas, úlceras en las piernas y ataques agudos de dolor. Aquí los eritrocitos se caracterizan por presentar forma de avena, así como también signos de destrucción hemática. La enfermedad se presenta con mayor frecuencia en mujeres.

Cambios bucales: Comprenden la osteoporosis generalizada de los maxilares y la palidez y la decoloración de la mucosa bucal.

Agranulocitosis: Es una enfermedad que se caracteriza por leucopenia y neutropenia, acompañada de ulceración de la mucosa bucal, piel y tracto gastrointestinal y una marcada disminución en la resistencia a la infección. Aparece después de la administración de ciertos medicamentos: aminopirina, barbitúricos, etc.

Suele acompañarse con fiebre, debilidad general, garganta ulcerada y en relación a la cavidad bucal se observa hemorragia gingival, necrosis, aumento de la cantidad de saliva.

Endocrinos

Gingivoestomatitis de la menopausia: Este trastorno ocurre durante o después de la menopausia. No es una afección frecuente.

Características clínicas: La encía y la mucosa bucal se encuentran secas y brillantes, variando el color de muy pálido a rojo, sangrando con facilidad. Los pacientes se quejan de sensación de ardor, vinculado con sensibilidad extrema a los cambios térmicos, sensación del gusto anormal, descrito como "salado", "condimentado".

Los síntomas de la gingivoestomatitis de la menopausia pueden producirse luego de ovariectomías o radiaciones en el tratamiento de neoplasias malignas

ESTADOS SISTÉMICOS QUE REQUIEREN CUIDADOS ESPECIALES.

Enfermedades cardiovasculares: Entre los pacientes que se mencionan dentro de este grupo con posibilidades de realizar infecciones a distancia (bacteriemia) se encuentran los portadores de válvulas cardíacas, malformaciones cardíacas congénitas, prolapso de válvula mitral con insuficiencia valvular, etc.

Prótesis en articulaciones: En relación a las prótesis, se conoce que la principal complicación al reemplazo de las articulaciones es la infección, que puede ser temprana o tardía. No se ha precisado cual es el mecanismo exacto por el que se produce la infección, pero se cree que es la afinidad de algunas bacterias a las superficies metálicas, o de polímeros en la prótesis articular la que produce la misma. Algunos autores afirman que la infección tardía de prótesis articulares por diseminación por bacteriemias transitorias que se producen durante técnicas odontológicas o después de realizadas las mismas.

Uno de los factores de gran riesgo de aparición de infecciones tardías en prótesis articulares es la artritis reumatoidea. Esta puede atribuirse a la supresión del sistema inmunitario como consecuencia del consumo de esteroides durante largo tiempo.

Pacientes con nefropatías: En relación a las insuficiencias renales, el método de diálisis preferido que en casi todos los casos se hace en forma ambulatoria es la hemodiálisis.

Existen factores que predisponen al paciente urémico a quien se practica diálisis a la hemorragia prolongada:

- 1.-La heparina, anticoagulante utilizado para conservar el libre tránsito por la derivación protética durante la hemodiálisis.
- 2.- El trastorno de la función plaquetaria inducido por la uremia.
- 3.- La trombocitopenia que surge con el traumatismo que sufren las plaquetas por la hemodiálisis.

Los métodos de cirugía bucal deben programarse para un día después de la hemodiálisis, en que ha disminuido o desaparecido el efecto de la heparina y que todos los metabolitos de urea dializables excretados por los riñones se hayan eliminado.

ACCION DEL PERIODONCISTA FRENTE AL COMPORTAMIENTO GINGIVAL EN DETERMINADOS PACIENTES.

Riesgo de endocarditis infecciosa. Prevención: Amoxicilina: 3 gr. ingeridos una hora antes del procedimiento y 1,5 gr. seis horas después del mismo. En caso de ser alérgico a la penicilina se recomienda la ingesta de etilsuccinato de eritromicina: 800 mg. dos horas antes del procedimiento y 400 mg. 6 horas después del mismo.

En pacientes que presentan alergia a dicha droga se recomienda clindamicina: 300 mg. una hora antes del procedimiento y 150 mg. seis horas después. Tener en cuenta la colitis pseudomembranosa originada por la droga.

Pacientes en período de quimioterapia antineoplásica. Los quimioterápicos son utilizados para destruir células cancerosas pero tienen la capacidad de suprimir la médula ósea, principal sitio de producción de leucocitos, con riesgo de bacteriemia. Se recomienda la consulta con el médico.

El tratamiento local consiste en la realización de colutorios con digluconato de clorhexidine al 0,12 % puro, una cucharada sopera durante un minuto dos veces por día.

RESUMIENDO:

Pacientes fuera de período de quimioterapia: No requiere medicación antibiótica previa.

Diabético controlado: Verificar glucemia y tratarlo como un paciente sano.

Diabético no controlado: Derivarlo al médico.

Pacientes con trombocitopenia:

Reversible: (por fármacos). Ej: indometacina, digitoxina, (ceden luego de dos sesiones de eliminación del agente causal). Indicación de dieta blanda, temperatura natural o fría (7) (12)

El tratamiento odontológico se prevé para la tercer semana de interrupción de fármacos.

Irreversible: Ej: Leucemias, linfomas, anemias. Modificación de hábitos de higiene para evitar el mínimo traumatismo gingival. Menos de 50.000 plaquetas/mm³, se hace imprescindible la transfusión de sangre antes de cualquier técnica quirúrgica.

Pacientes con hemofilia:

Tipo A: Es el 85% de los casos y es por ausencia del factor VIII de la coagulación.

Tipo B: Incluye solamente el 15% y se produce por ausencia de factor IX.

Es requisito la consulta con el médico. Posibilidad de administración endovenosa rápida del factor en déficit antes de la cirugía.

Desde el punto de vista del tratamiento odontológico se aconseja el uso de hemostáticos locales.

(Dra. Lydia Paszucki Docente Adjunta de la Clínica del Adulto Mayor de la Asociación Odontológica Argentina).