

Rol del odontólogo ante el avance de la tuberculosis

LENCE A, AGUAS S

Cátedra de Clínica Estomatológica.
Facultad de Odontología.
Universidad de Buenos Aires.

Recibido: 10/08/2011

Aceptado: 20/10/2011

Resumen

El presente trabajo pretende concientizar a la comunidad odontológica sobre el aumento de la incidencia de la Tuberculosis (TB) en las últimas décadas asociado al VIH/SIDA, a las migraciones y al desarrollo de cepas bacterianas resistentes a los fármacos que se emplean habitualmente para su tratamiento. En la actualidad es un problema de salud en el mundo, que se ve incrementado en los países en desarrollo. El agente causal es el *Mycobacterium Tuberculosis* que puede involucrar distintas localizaciones, aunque la mayoría es TB pulmonar. La TB oral es poco frecuente y típicamente sigue a la TB pulmonar. La profesión odontológica desempeña un papel importante en su identificación y control, tanto por el reconocimiento temprano de las lesiones orales primarias, como de aquellas que pueden ayudar a descubrir casos activos de TB pulmonar. Los odontólogos pueden ser los primeros profesionales de la salud en detectar a un paciente enfermo. La odontología es una profesión con elevado riesgo ocupacional, que debe respetar las normas de bioseguridad durante la atención de pacientes a fin de minimizar los riesgos de contagio.

Palabras clave: odontología, tuberculosis, práctica clínica.

Abstract

This article aims at raising awareness within the dental community on the increased incidence of Tuberculosis (TB) in the last decades associated with HIV / AIDS, migration and the growth of bacterial strains resistant to drugs that are commonly used for its treatment. Today, this is a health problem in the world, which is increased in developing countries. The causative agent is the *Mycobacterium tuberculosis* which may involve different locations, although most are pulmonary TB. Oral TB is rare and typically follows pulmonary TB. The dental profession plays an impor-

tant role in its identification and control, both for early detection of primary oral lesions and of those that can help detecting active cases of pulmonary TB. Dentists can be the first health professionals to detect a sick patient. Dentistry is a profession with high occupational risk which must comply with biosafety standards during patient care in order to minimize contagion risks.

Key words: dentistry, tuberculosis, clinical practice.

La tuberculosis (TB) es una infección bacteriana crónica causada por el *Mycobacterium tuberculosis* que histológicamente se caracteriza por la formación de granulomas en los tejidos afectados. Esta enfermedad afecta principalmente a los pulmones pero puede comprometer cualquier órgano. El diagnóstico precoz de las manifestaciones iniciales de la patología en los pulmones o en otros órganos es la condición esencial de todo tratamiento efectivo y de la curación del paciente. Las lesiones en la cavidad bucal son poco frecuentes y en general son consecutivas a una TB pulmonar activa, por el contacto directo de los bacilos presentes en el esputo con la mucosa bucal. (Garg y Singhal, 2007).

La vía de transmisión es aérea, por inhalación de partículas procedentes de las secreciones respiratorias que contienen bacilos tuberculosos. Estas partículas proceden de las personas enfermas que no están en tratamiento y que al toser, hablar o estornudar generan aerosoles, diminutas gotas que permanecen en suspensión en el aire, susceptibles de ser inhaladas por otros individuos sanos y transmitirles así la enfermedad al alcanzar los alvéolos pulmonares. (INER, 2008).

La finalidad de esta revisión es concientizar a la comunidad odontológica sobre el aumento de la incidencia de esta enfermedad en las últimas décadas.

En la actualidad, la TB constituye un problema sanitario mundial, tanto por su morbilidad como por su

mortalidad. (INER, 2008). En todo el mundo se ha producido un resurgimiento de casos de TB asociados al VIH/SIDA, a las migraciones y también el desarrollo de cepas bacterianas resistentes a los fármacos que se emplean habitualmente como primera línea de ataque en la terapéutica. En nuestro país 4 de cada 100 personas aproximadamente que consultan por síntomas respiratorios tienen TB. Cada año se registran 4.500 nuevos casos en la provincia de Buenos Aires y casi 1.200 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las dos jurisdicciones suman más de un 50% de los casos de todo el país. Los enfermos constituyen la principal fuente de infección, por lo tanto cuanto más rápidamente se los identifique y se complete el plan de tratamiento indicado, se disminuirá la trasmisión de esta enfermedad y consecuentemente la aparición de nuevos casos. El diagnóstico de la TB y el tratamiento de la misma son gratuitos en toda la República Argentina. (INER, 2008)

En este contexto, el conocimiento de esta entidad en el área de la salud es fundamental a fin de evitar la propagación de la TB. El odontólogo, como agente de salud, debe respetar las normas destinadas a la prevención de la trasmisión de enfermedades infectocontagiosas y colaborar en la identificación y derivación de los pacientes de alto riesgo para su correspondiente diagnóstico y evaluación médica. (Granich, 2002)

El grupo de riesgo para esta enfermedad está constituido por:

- Sintomáticos respiratorios que acuden a la consulta médica por sus síntomas, principalmente tos y expectoración persistente.
- Contactos (convivientes) de enfermos pulmonares bacilíferos, especialmente niños y jóvenes.
- Personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que por ser un grupo de alto riesgo debe ser controlado permanentemente con bacteriología y/o radiología.
- Adictos al alcohol y/o drogas.
- Enfermos diabéticos o con otras enfermedades que comprenden el sistema inmunitario y/o en tratamiento prolongado con corticoides o inmunosupresores, desnutridos, dializados.
- Recién nacidos, infantes y adultos mayores de 60 años.
- Personas que presentan imágenes radiológicas pulmonares con anomalías. (Ministerio de Salud. Normas técnicas 2009) (INER, 2008)

La infección inicial o primoinfección por *Mycobacterium tuberculosis* se produce cuando una persona susceptible inhala partículas en suspensión y los bacilos se introducen en el organismo a través de los alvéolos pulmonares. Si bien los bacilos pueden desarrollarse en cualquier órgano, la mayoría de los enfermos desarrollan la localización pulmonar por tratarse de un bacilo aerobio obligado. Esta infección puede quedar limitada en los pulmones o diseminarse a otros órganos. La infec-

tividad está en relación con el número de bacilos que se expelen a través del esputo, con la extensión del proceso pulmonar y con la frecuencia de la tos. (Granich, 2002)

La baciloscopia del esputo es la técnica diagnóstica más práctica para la confirmación de la TB, ya que es sencilla y rápida, porque demuestra la presencia del agente causal. Es la técnica de mayor rendimiento y accesibilidad para la búsqueda y detección de casos pulmonares infecciosos. (Ministerio de Salud. Normas técnicas 2009.)

La TB es una enfermedad crónica, inhabilitante, con grandes complicaciones para la persona que la padece y su entorno. Los factores socioeconómicos como el aumento de la pobreza, la marginalidad y el hacinamiento determinan, en un número considerable de casos, estados de desnutrición y de disminución de las defensas del organismo, que predisponen a los individuos afectados a padecer la enfermedad. Además esta situación socioeconómica anteriormente citada dificulta las medidas preventivas, el diagnóstico precoz y el tratamiento de las personas afectadas. (Guía para el equipo de salud, 2009)

La TB es una enfermedad curable, siempre y cuando los enfermos cumplan con el tratamiento que es de larga duración, debido a que las bacterias que causan la TB se destruyen muy lentamente; esta situación hace necesario continuar el tratamiento durante el tiempo indicado (6 meses aproximadamente) a fin de que la destrucción del agente etiológico sea completa. (INER, 2008) A los 15 días de iniciada la terapéutica, el enfermo deja de contagiar. Lamentablemente muchos pacientes abandonan el tratamiento al experimentar mejoría, exponiéndose al riesgo de una mayor progresión de la enfermedad y de la adquisición de resistencia bacteriana a los medicamentos indicados. Así surgen TB multiresistentes, que requieren un tratamiento más prolongado (alrededor de dos años) con medicamentos que poseen mayores efectos adversos, difíciles de conseguir y de costos muy elevados. (Guía para el equipo de salud, 2009)

Por esta razón la Organización Mundial de la Salud (OMS) aconseja utilizar la estrategia denominada tratamiento directamente observado de corta duración (DOTS) que consiste en supervisar el tratamiento en el domicilio del paciente o en el centro de salud a través de asistentes sociales. (WHO, 2003)

La vacuna BCG constituye, sin lugar a dudas un pilar fundamental de la medicina preventiva ya que ha permitido una disminución importante en la mortalidad infantil y preescolar. (WHO, 2003) Esta vacuna, que deben aplicarse a todos los recién nacidos, previene algunas formas graves de TB en la infancia, como la meningitis tuberculosa, sin embargo no previene la TB en la adultez. (INER, 2008) (Guía para el equipo de salud, 2009)

El Programa Nacional de Inmunizaciones propone lograr coberturas nacionales de inmunización iguales o superiores al 95%, con el fin de sostener el nivel inmunitario de la población susceptible y erradicar aquellas

patológicamente inmunoprevenibles, de reservorio únicamente humano. Para la concreción del mencionado Programa, el Ministerio de Salud adquiere las vacunas que corresponden al Calendario Nacional de Vacunación y otorga su aplicación en forma gratuita y obligatoria en todo el país. (Guía para el equipo de salud, 2009)

La tuberculosis extrapulmonar (EPTB) es también un problema clínico importante. El término EPTB se ha utilizado para describir la TB localizada en distintas regiones del organismo a excepción del pulmón. (Mohan y Sharma, 2001) Las formas más frecuentes en nuestro país son las pleurales, ganglionares y en menor medida genitourinarias, osteoarticulares y gastrointestinales. (Ministerio de Salud. Normas técnicas 2009.) En pacientes seropositivos, más del 50% de todos los casos corresponden a EPTB. (Sharma y Mohan, 2004)

Las lesiones bucales de la TB, aunque infrecuentes, se pueden ver en las etapas primarias y secundarias de la enfermedad. Las etapas primarias se producen por inoculación directa del bacilo en la mucosa bucal de una persona que no adquirió inmunidad y puede representar un desafío diagnóstico para el clínico. En estos casos el diagnóstico requiere el estudio histopatológico de la lesión. (Sharma et al., 2008) (Ajay et al., 2006)

Otras veces las manifestaciones bucales son secundarias a una TB activa pulmonar subyacente y se produce por el contacto directo de las mucosas bucales con las expectoraciones contaminadas por el bacilo. (Garg y Singhal, 2007) (Sharma et al., 2008)

Las lesiones orales en TB pulmonar han sido reportadas como úlceras crónicas dolorosas con bordes irregulares que aumentan lentamente de tamaño, generalmente localizadas en el dorso de la lengua o paladar blando (Garg y Singhal, 2007) en estos casos es de utilidad realizar el estudio bacilosκόpicó seriado del esputo que permite detectar el bacilo de Koch a fin de establecer el diagnóstico precoz. (Sharma et al., 2008) (Fig. 1 - caso clínico)

Otra forma de extensión de las lesiones en la cavidad bucal es la afectación de las glándulas salivales (que remedan el aspecto clínico de tumores o de procesos inflamatorios) y la osteomielitis tuberculosa que afecta a los maxilares. (Bottini et al., 2007) (Moure et al., 2006)

La profesión odontológica desempeña un papel importante en su identificación y control, tanto por el reconocimiento temprano de las lesiones orales primarias, como de aquellas que pueden preceder la detección de los casos activos de TB pulmonar. Los odontólogos pueden ser los primeros profesionales de la salud en detectar a un paciente enfermo pulmonar bacilífero, durante su consulta rutinaria, debiendo aplazar todo tratamiento odontológico ante los síntomas de tos y expectoración persistente, que duren más de dos semanas. Otros síntomas que además pueden presentar estos pacientes son la falta de apetito, fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso y cansancio frecuente. (INER, 2008).



Fig. 1. Paciente masculino de 47 años que consultó por una úlcera dolorosa en dorso de lengua, acompañada de adenopatías submaxilares. Presentaba fiebre, pérdida de pesos y una evolución de 30 días. Se solicitó una baciloscopia seriada del esputo con resultado Positivo (++) . Diagnóstico de certeza precoz: TUBERCULOSIS PULMONAR. Derivado a infectología fue tratado con triple asociación: Isoniacida+ rifampicina+estreptomycin. La lesión lingual remitió a partir de la inyección n° 24.

Ante la presencia de estos síntomas, el odontólogo, debe realizar la derivación al médico especialista, con la finalidad de confirmar o descartar un cuadro de TB activa pulmonar.

En la actualidad, con el incremento de la TB, también se incrementó el riesgo ocupacional en el entorno odontológico, por la proximidad a las cavidades nasales y bucales de los pacientes infectados y debido a la gran dispersión en el aire de las secreciones bucales contaminadas, que son generadas por las maniobras odontológicas convencionales y durante los procedimientos operativos rutinarios; por lo tanto es importante considerar que esta enfermedad podría ser transmitida al odontólogo y su entorno, si no se ponen en práctica las normas de bioseguridad requeridas (Granich, 2002).

RECOMENDACIONES QUE DEBE SEGUIR EL ODONTÓLOGO

Confeccionar la historia clínica bien detallada realizando un interrogatorio exhaustivo y minucioso, indagando sobre todos los antecedentes personales, familiares y semiológicos del paciente y realizando un examen clínico completo.

Conocer e implementar integralmente las conductas básicas en bioseguridad. Las precauciones universales son las barreras que se han de poner en marcha para llevar a cabo la protección correcta de todo el personal que trabaja en el ámbito del consultorio odontológico.

Utilizar el equipo de protección personal (E.P.P.) apropiado. Es indispensable el uso de cofia y guantes descartables estériles o sanitizados debidamente, protección ocular y protección oro nasal de alta eficacia de filtra-

ción de partículas y virus (E.FP) como el respirador tipo N 95; los barbijos genéricos no cumplen esta función.

Realizar una correcta esterilización del instrumental con un registro escrito, que documente los tiempos y temperaturas, que deben ser respetados.

Para minimizar la formación de núcleos de gotitas se recomienda la utilización de dique de goma.

Limpieza y desinfección de salvadera y jeringa triple, pico y eyector descartable y toda la superficie de trabajo visible y no visible.

Ventilar el consultorio y la sala de espera, preferentemente las consultas deben realizarse de día y permitir la entrada de la luz solar. En instituciones de alto riesgo se recomienda la circulación y ventilación de ambientes con filtros HEPA.

Realizar la limpieza diaria de pisos con trapos humedecidos en lavandina al 5% preparada inmediatamente antes de usar.

Todo profesional que trabaja con elevado número de pacientes posee riesgo de adquirir TB, por este motivo y en estos casos, es recomendable realizar una evaluación médica anual sistemática con una radiografía de tórax. A los sintomáticos respiratorios se deberá realizar la baciloscopía y el cultivo correspondiente. (INER, 2008)

CONCLUSIÓN

La profesión odontológica desempeña un papel importante en la identificación y control de la TB, no solo por el reconocimiento temprano de las lesiones orales que pueden preceder la detección de los casos activos de TB pulmonar, sino también porque el odontólogo como agente de salud debe tener los conocimientos y la actitud para sospechar de ésta enfermedad en su fase activa pulmonar, interviniendo en la confirmación diagnóstica y colaborando en la concientización de los enfermos y familiares acerca de la importancia de no abandonar el tratamiento una vez comenzado, a fin de evitar nuevos contagios y el desarrollo de una TB multiresistente.

La odontología es una profesión con elevado riesgo ocupacional ante esta enfermedad, por ser fácilmente

transmisible en su fase activa. Los odontólogos y las asistentes dentales deberán implementar cuidadosamente las normas sugeridas durante la atención odontológica a fin de minimizar el riesgo de contagio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ajay GN, Laxmikanth C, Prashanth SK. Tuberculous ulcer of tongue with oral complications of oral antituberculosis therapy. *Indian J Dent Res*; 2006;17:87-90.
2. Bottini DJ, Garelli A, Felici M, Galante V, Cervelli V. Primary tuberculosis of submandibular gland. *J Craniofac Surg*. 2007;Feb; 11(1):172-173.
3. Garg RK, Singhal P. (2007) Primary Tuberculosis of the Tongue: A Case Report. *J Contemp Dent Pract May*; (8) 4:074-080.
4. Granich R, Binkin N, Jarvis W, Simone P, Rieder H, Espinal M, et al. (2002) Normas para la prevención de la transmisión de la tuberculosis en los establecimientos de asistencia sanitaria en condiciones de recursos limitados. Documento de la Organización Mundial de la Salud, 2002;p.1-53.
5. Mohan A, Sharma SK. Tuberculosis at other body sites. In: Sharma SK, Mohan A, editors. *Tuberculosis New Delhi*: Jaypee Brothers Medical Publishers; 2001;p. 607-610.
6. Moure C, Mbuyamba S, Bruniau A, Gbaguidi C, Testelin S, Boutemy M, et al. Tuberculosis of the submandibular gland: a case report. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2006 Apr; 107(2): 115-118.
7. Sharma AB, Laishram DK, Sarma B. Primary Tuberculosis of tongue. *India J Pathol Microbiol*. Jan-Mar 2008; 51(1):65-66.
8. Sharma SK, Mohan A. Extrapulmonary Tuberculosis. *Indian J Med Res* 120, October 2004, p. 316-353.

Guías y normas técnicas

- Enfermedades infecciosas. Tuberculosis. Guía para el equipo de salud. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación, 2009.
- Normas técnicas del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. 3era edición Septiembre 2009. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación, 2009.
- Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, Normas técnicas. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. "Dr. Emilio Coni" (INER), 2008.
- World Health Organization. Treatment of tuberculosis. Guidelines for national programmers. Third Edition, Geneva, 2003.

Dirección para correspondencia

Marcelo T. de Alvear 2141
(CP 1122) CABA, Argentina