

197
429



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Odontología

**Manifestaciones Orales en los
Casos de Leucemia.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
Irma González Salgado



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

T E M A R I O

MANIFESTACIONES ORALES EN LOS CASOS DE LEUCEMIA

	Pág.
TEMA I. CAUSAS DE SANGRADO EN LA CAVIDAD BUCAL	1
1. Hemorragia debida a factores locales	2
2. Hemorragia por deficiencia o disfunción de factores de coagulación	2
3. Hemorragia por deficiencia, exceso o disfunción de plaquetas	3
4. Hemorragia por enfermedades generales	3
5. Diagnóstico Diferencial	3
TEMA II. GENERALIDADES SOBRE LEUCEMIA	5
1. Aspecto Histórico	5
2. Clasificación	6
3. Frecuencia de las leucemias	6
4. Etiología	8
5. Manifestaciones Clínicas	8
6. Complicaciones	9
7. Datos de Laboratorio	11
8. Observaciones a nivel radiológico	13
9. Tratamiento	13
10. Fármacos	14
TEMA III. MANIFESTACIONES ORALES EN LOS CASOS DE LEUCEMIA	15
1. Manifestaciones bucales en la leucemia aguda	16
2. Manifestaciones bucales en la leucemia crónica	17
3. Manifestaciones orales durante la mielosupresión	20
TEMA IV. PRESENTACION DE LOS CASOS CLINICOS	24
TEMA V. TRATAMIENTO DENTAL EN LOS PACIENTES CON LEUCEMIA	31
CONCLUSIONES	40
BIBLIOGRAFIA	45

PROLOGO

El objetivo de este trabajo es el de mencionar las diferentes manifestaciones orales que se presentan en los pacientes con leucemia y su tratamiento desde el punto de vista odontológico.

I N T R O D U C C I O N

Los síntomas bucales en los casos hematológicos son de gran importancia para el Cirujano Dentista, ya que pueden ayudar al diagnóstico temprano de una enfermedad hematológica y al tratamiento adecuado desde el punto de vista dental, siendo esto de gran beneficio para el paciente. Considerando el tema antes mencionado de gran importancia, he querido enfocar este trabajo especialmente en las manifestaciones orales que se presentan en los casos de leucemia ya que en algunos tipos de ésta las primeras manifestaciones suelen presentarse en boca y el paciente recurre al Cirujano Dentista primero -- que con su médico general. Siendo responsabilidad del Cirujano Dentista en estos casos, si no confirmar el diagnóstico, si realizar los exámenes clínicos y de laboratorio necesarios para llegar a un diagnóstico presuncional para llevar a cabo las medidas necesarias en el tipo de tratamiento dental a seguir, en coordinación con el Hematólogo. Siendo de gran beneficio para el paciente si el diagnóstico se hace en su fase inicial ya que esto implica un mejor tratamiento integral.

En este tipo de pacientes las manifestaciones clínicas que se presentan a nivel oral son molestas, sumamente dolorosas y pueden ser puntos de partida de procesos sépticos; por lo que se deben llevar a cabo medidas profilácticas y un tratamiento continuo desde el punto de vista dental y así lograr que el paciente presente las molestias menos posibles a nivel oral durante el transcurso de su enfermedad.

T E M A I

CAUSAS DE SANGRADO EN LA CAVIDAD BUCAL

Las enfermedades hematológicas son importantes en Odontología porque las alteraciones que se presentan a nivel oral -- suelen ser las primeras manifestaciones de la enfermedad.

Los signos y síntomas que comúnmente se localizan en los tejidos bucales son: encías sangrantes, hipertrofia de las encías, grandes úlceras bucales, crecimiento de ganglios linfáticos submaxilares y cervicales, cuando se practica una intervención puede ir seguida de hemorragia muy grave y a veces mortal, diseminación fulminante de las infecciones o úlceras muy dolorosas. Por lo que la capacidad del Cirujano Dentista para reconocer las alteraciones por problemas hematológicos es sumamente importante ya que en ocasiones suelen ser muy parecidas a los signos clínicos y radiológicos de -- otros trastornos locales.

Etiología de las Hemorragias de la Cavidad Bucal

Las causas de sangrado en la cavidad bucal se dividen en las

siguientes categorías:

I. Hemorragia debida a factores locales

A) Infección

Infecciones por fuso-espiroquetas
Infección por herpes simple primario.

B) Irritantes locales

Dientes mal colocados
Acreciones calcúlosas
Prótesis diversas.

C) Posquirúrgica o postraumática

D) Rotura de bulas que contienen sangre

a consecuencia de traumatismos locales
como mordedura de la mejilla.

E) Malformación congénita - hemangiomas y
telangiectasias hemorrágicas hereditarias.

II. Hemorragia por deficiencia o disfunción de factores de
coagulación.

a) Deficiencias

1. Hereditaria
Hemofilia A
Hemofilia B
Enfermedad de von Willebrand.
2. Yatrógenas
Terapéutica anticoagulante
3. Enfermedades hepáticas
Deficiencia de factores II, VII, IX y X.

b) Disfunción

Mieloma múltiple
Lupus eritematoso generalizado
Macroglobulinemia.

III. Hemorragia por deficiencia, exceso o disfunción de pla-
quetas.

A) Deficiencia

1. Púrpura trombocitopénica idiopática.
2. Púrpura trombocitopénica secundaria.
Reacción de incompatibilidad postransfusional.
Leucemia.
Mieloma múltiple.
Anemia plástica.
Alergia a medicamentos o sustancias químicas.
Terapéutica con citotóxicos.
Esplenomegalia.
Coagulación intravascular acelerada.

B) Trombocitosis excesiva

C) Disfunción

Trombastenia

1. Hereditaria
Trombastenia de Glanzmann
Enfermedad de von Willebrand.
2. Adquirida
Uremia
Crioglobulinemia
Macroglobulinemia.

IV. Hemorragia por enfermedades generales distintas de las que afectan la sangre o los órganos hematopoyéticos.

- A) Trombos sépticos en la endocarditis bacteriana.
- B) Meningococemia.
- C) Infecciones virales.
- D) Escorbuto (sólo en pacientes que tienen dientes propios).
- E) Rotura de bulas que contienen sangre (de origen general).
Eritema multiforme.
Pénfigo.
Penfigoide.
- F) Alergia

Diagnóstico diferencial

Quando no hay una causa local, se debe de hacer un estudio -

clínico y hematológico completo, además de considerar las -
hemorragias que se ven en la boca pero que provienen de ---
otros sectores como las de origen nasal, las broncopulmona-
res y las de origen gástrico.

T E M A I I

GENERALIDADES SOBRE LEUCEMIA

Aspectos Históricos

En 1845, Bennett, Craigie y Virchow, independientemente, publicaron casos de pacientes que sufrían leucemia. Bennett y Craigie atribuyeron el número notablemente elevado de glóbulos blancos a la presencia de "materia purulenta en la sangre". En 1846 Virchow, quien introdujo el término "leucemia", no estuvo de acuerdo en que los cambios observados en la sangre resultaran de su invasión por un proceso supurado, y consideró que las modificaciones hematológicas eran parte de un proceso patológico definido que afectaba a ciertos órganos de la economía. Las pretensiones diversas sobre prioridad del descubrimiento de la leucemia fueron revisadas por Osler, quien llegó a la conclusión de que la prioridad la merece Virchow, el primero en darse cuenta de que el aumento de glóbulos blancos era característico de la enfermedad a la cual dio el nombre de leucemia". Virchow reconoció dos formas de leucemia. En una de ellas predominaban las formas pe

queñas de células blancas, y había agrandamiento de ganglios linfáticos; en el segundo, estaban aumentados en número los leucocitos mayores y había mayor esplenomegalia. La leucemia aguda fue descrita primeramente por Friedrich en 1857; el primer caso de leucemia monocítica fue señalado por Reschad y Schilling-Torgau, en 1913.

CLASIFICACION

Las leucemias se clasifican según el tipo celular afectado - en:

A. Leucemia Granulocítica

1. Leucemia Mielocítica crónica, Leucemia Atípica crónica, Leucemia Basófila Crónica, Leucemia Monocítica - Crónica, Leucemia Eosinófila Crónica.
2. Leucemia Mieloblástica aguda
 - a).- Leucemia Mielomonoblástica aguda.
 - b).- Leucemia Monocítica aguda.
 - c).- Leucemia Promielocítica aguda.
 - d).- Leucemia Eritroblástica aguda.
 - e).- Leucemia Eosinófila aguda.
 - f).- Leucemia Basófila aguda..

B. Leucemias Linfocíticas.

1. Leucemia Linfocítica Crónica.
2. Leucemia Linfoblástica Aguda.

FRECUENCIA DE LA LEUCEMIA

La leucemia es una causa importante de muerte. Se calcula -

que en 1967 murieron a causa de esta enfermedad 14,400 personas en Estados Unidos de Norteamérica. Aunque la frecuencia de muertes por leucemia aumentó casi cuatro veces, de 2 por 100,000 habitantes (EUNA en 1920 hasta 7.2 por 100,000 habitantes en 1958) la cifra no varió después. El aumento entre 1920 y 1958 se debió principalmente a la creciente precisión de los diagnósticos, pero parece existir un aumento real de frecuencia en adultos mayores.

En la actualidad, la leucemia es la principal causa de muerte por cáncer en niños entre 4 y 14 años; representa casi 50 por 100 de todas las muertes por cáncer en los niños de dicha edad. La leucemia aguda es la causa de muerte de más de 2,100 niños al año en Estados Unidos de Norteamérica. Se dice que la primera victoria de la quimioterapia contra el cáncer corresponde por completo al campo de las leucemias.

Se calcula que se diagnostican cada año más de 10,000 casos nuevos. En 1969, las muertes por leucemia en Estados Unidos de Norteamérica fueron más que las debidas a viruela, escarlatina, poliomielitis, paludismo, fiebre tifoidea y difteria juntos. Este aumento es real, y no se debe solamente a diagnósticos más exactos, ni a la prolongación de la vida media de la población.

ETIOLOGIA

Las causas de las leucemias en humanos hasta el momento no se conocen. Se ha argumentado sobre la existencia de un virus leucemógeno pero hasta el momento no se ha podido comprobar dicha teorfa. Se atribuye también a factores epidemiológicos y genéticos. Se ha observado que los indivi-- duos expuestos a agentes que dañan la médula ósea como la -- radiación (en sobredosis) y los agentes químicos como la -- amidopirina, cloramfenicol, fenilbutazona, Benzol y agentes alquilantes.

MANIFESTACIONES CLINICAS

La célula leucémica además de afectar la médula ósea tam-- bién prolifera en bazo, hfgado, ganglios linfáticos, las meninges, conductos gastrointestinales, piel, riñones y otros órganos incluyendo el Sistema Nervioso Central. Las leuce mias se presentan con sintomatología y manifestaciones clí-- nicas diferentes, teniendo en común cuatro grandes Síndro-- mes que a continuación se mencionan:

- 1.- Síndrome Anémico, cuyos síntomas pueden ser: fatiga, cefalea, etc.
- 2.- Síndrome Hemorrágico, se puede presentar con manifesta-- ciones cutáneas como: equimosis, petequias, etc. o con problemas sistémicos, por ejemplo, hemorragias en fondo de ojo y locales como epistaxis, a nivel gingival, etc.

- 3.- Síndrome febril.- Por una actividad propia del padeciente o por infección intercurrente.
- 4.- Síndrome infiltrativo.- Que se puede manifestar por adenopatías, crecimientos viscerales, dolor óseo.
- 5.- Pérdida de peso, anorexia, apatía, escalofríos y resto de síntomas generales.

En algunos tipos de leucemia aguda ocasionalmente se observa hiperplasia gingival y otras lesiones de cavidad bucal, pero son mucho más comunes en el tipo monocítico donde la frecuencia se ha señalado que era de alrededor de 75 por 100.

En la leucemia Monocítica aguda la de Schilling y la de Naegeli, muchas veces se observan anomalías notables por examen físico en las encías y mucosa bucal. En fase relativamente temprana de la enfermedad, las encías están hinchadas y pálidas, más tarde se ulceran y se vuelven necróticas. La hipertrofia gingival puede desarrollarse después de extracciones dentarias e incluso en individuos desdentados.

COMPLICACIONES

Las complicaciones en la leucemia, que pueden relacionarse directa o indirectamente con la enfermedad básica o con las medidas terapéuticas, determinan en general la evolución y resolución del proceso en cada paciente.

Anemia.- La causa común de anemia en la leucemia aguda y en

ausencia de hemorragias es la reducción en el número de precursores eritroides por su sustitución en la médula ósea -- por células leucémicas.

Hemorragias.- En la mayoría de los casos, son secundarias a la trombocitopenia. Se pueden dar hemorragias cerebrales. Las hemorragias son causa de muerte en una gran proporción de los pacientes de leucemia aguda principalmente a causa de la frecuencia de trombocitopenias, siendo las intracraneales y pulmonares las más frecuentemente fatales. - Un número considerable de leucemias agudas Mieloblásticas cursan con alteraciones hemorrágicas de coagulación principalmente las Promielocíticas.

Infecciones.- La Fiebre es un síntoma común, en algunos casos la fiebre se debe a infecciones, pero también puede estar asociada a hemorragias o necrosis hística, y en muchos casos, puede atribuirse al propio proceso leucémico. La -- susceptibilidad aumentada a las infecciones se puede deber a la reducción en la cifra absoluta de granulocitos maduros circulantes, las infecciones se hacen frecuentes a medida que la cifra de granulocitos desciende por debajo de $1,000/mm^3$; y muy comunes cuando es inferior a $500/mm^3$. También - aumenta la frecuencia de infecciones a medida que se prolonga la duración de la granulocitopenia. Otro factor que interviene en la susceptibilidad a las infecciones es el uso de corticoesteroides y agentes antileucémicos inmunosupreso-

res reduce las respuestas inmunes. El frecuente empleo de antibióticos de amplio espectro o de combinaciones de antibióticos puede abrir paso a infecciones por hongos o bacterias resistentes, ordinariamente de bajo poder patógeno. - Las infecciones son la causa de la muerte en un 70% de los pacientes con leucemia aguda. Hasta un 50% de pacientes con leucemia mieloide aguda, puede morir en las primeras 8 semanas tras el diagnóstico, generalmente de infecciones.

Nefropatía úrica.- La leucemia aguda se acompaña de un recambio aumentado de ácidos nucleicos, y la consecuente superproducción de ácido úrico conduce a una excreción doble de uratos por la orina y frecuentemente a un nivel elevado de ácido úrico en el suero. Siendo necesario el uso de medicamentos bloqueadores de la Xantino-Oxidasa.

Meningitis leucémica.- Más de la mitad de los pacientes con leucemia linfocítica aguda desarrollan infiltración meníngea siendo rara en la LAM.

DATOS DE LABORATORIO

La cuantía de la leucocitosis en la LAM es variable, pero en la mayoría de los pacientes, un gran porcentaje de leucocitos circulantes son células leucémicas y en ocasiones hasta el 100%. Los eritrocitos nucleados en la sangre circulante son más numerosos en la LAM que en la LAL. La trombocitopenia no es invariable, siendo menos común una trombocitopenia

grave. El número de eritroblastos en la médula es generalmente mayor en la LAM, y a menudo son megaloblastoides. La cantidad de lisozima en la orina se encuentra generalmente aumentada, a veces de forma notable, en pacientes con leucemia monocítica y en la variedad mielomonocítica de la leucemia aguda mieloide, mientras que es baja o no existe en los demás casos de LAM y en la LAL.

En la LLC hay un persistente aumento de la cifra de linfocitos maduros anormales en la sangre circulante. La cifra -- linfocitaria absoluta suele oscilar entre 10,000 y 150,000/mm³ pero cifras de hasta 500,000/mm³ o superiores no son raras en los pacientes con enfermedad subaguda o avanzada, no tratada. En la médula ósea casi siempre los linfocitos -- constituyen más del 50% por 100 de las células; y a veces -- la médula ósea se encuentra totalmente infiltrada de ellos.

En la LMC se localiza una producción abundante de mielocitos, metamielocitos y neutrófilos maduros con un número variable de eosinófilos, basófilos y unos pocos precursores de los eritrocitos. El examen de la médula ósea suele revelar aumento notable en la celularidad, dependiente sobre todo de células de la serie mieloide, el porcentaje de células jóvenes en esta serie se halla aumentado. En estos casos el aumento notable en el número de células de la serie granulocítica deja pocas dudas acerca del diagnóstico. La presencia de cromosoma de Filadelfia y un valor bajo de fos

fatasa alcalina en los leucocitos son datos muy útiles para el diagnóstico de LMC.

OBSERVACIONES A NIVEL RADIOLOGICO

Las radiografías del esqueleto en los niños con leucemia aguda que presentan dolores óseos muestra generalmente rarefacción ósea generalizada, bandas yuxtaperiostáticas, detención de las líneas de crecimiento o lesiones osteolíticas, y aproximadamente la mitad tendrán afección cortical y perióstica.

Las lesiones óseas son mucho menos comunes en los adultos que en los niños, pero algunos presentan rarefacción generalizada, lesiones osteolíticas o ambas cosas. El dolor es síntoma principal en los pacientes con lesiones osteolíticas en las costillas o en las vertebras.

TRATAMIENTO

El tratamiento consiste en: Terapia de sostén que incluye transfusiones sanguíneas y de plaquetas. El uso de antibióticos y analgésicos. Una terapia específica que es a base de ciclos de agentes quimioterapéuticos que incluyen: inducción a la Remisión, siendo el objeto del tratamiento eliminar rápidamente las manifestaciones floridas de la enfermedad y restituir la función de la médula ósea a la normalidad evitando las complicaciones cerebral, renal y otras. Y

de ser posible llevar a una respuesta completa.

Tratamiento de Mantenimiento se utiliza para prolongar la duración de las remisiones. Consolidación e Intensificación, durante esta última terapéutica, se prolonga algo la supervivencia. Después de la Consolidación e Intensificación, la terapéutica de mantenimiento se prolonga por lo menos durante dos años. La estimulación inmunológica se administra después de la inducción de una remisión completa seguida por una Consolidación e Intensificación. Actualmente se sugiere que la inmunoterapia es más probable que sea eficaz cuando el número total de células leucémicas en el cuerpo haya sido reducido a un nivel muy bajo.

Los agentes quimioterapéuticos tienen mecanismos complejos de acción y alteran a las células en una gran variedad de formas, por lo que el uso de éstos es en base a su efectividad según el ciclo celular que va a afectar.

A continuación se mencionan algunos de los fármacos más usuales en las leucemias: ARA + C, el MTX, Ciclofosfamida, la Actinomicina, D. Adriamicina, Daunorrubicina, Bleomicina y los alcaloides de la VINCA.

T E M A I I I

MANIFESTACIONES ORALES EN LOS CASOS DE LEUCEMIA

En estudios realizados, se ha encontrado que los pacientes leucémicos consultan a menudo al dentista antes que al médico; siendo algunos signos de la leucemia interpretados - equivocadamente como de origen dental y tratados como tales provocando con frecuencia consecuencias no deseadas. - Siendo ésta una razón suficiente para realizar un examen - bucal sumamente cuidadoso y descubrir que las lesiones son manifestaciones de un proceso general.

En el cuadro siguiente se muestra un porcentaje de las distintas formas de leucemia y la frecuencia de las lesiones bucales; basado en un estudio de 455 casos.

	Promedio de edades	Porcentaje de distribución	Porcentaje con lesiones bucales
Mieloide aguda	20	29	40
Mieloide crónica	35	34	
Linfoide aguda	50	7	23
Linfoide crónica	69	20	
Monocítica	Adolescentes	3.2	87

Leucemia aguda

Las manifestaciones bucales varían mucho en la leucemia aguda en algunos casos los signos iniciales (que pueden ser los primeros y únicos signos de la enfermedad) suelen ser: en región de cabeza y cuello es la adenopatía, en la cavidad bucal: hiperplasia gingival con o sin zonas necróticas, petequias y equimosis, úlceras de la mucosa bucal, en mejillas, amígdalas o faringe y hemorragia. El primer síntoma puede ser también el sangrado por las encías después de extracciones dentales.

Los leucocitos inmaduros carecen de la propiedad fagocitaria y protectora de los leucocitos maduros con lo cual los tejidos bucales se vuelven muy sensibles a la infección secundaria por la flora bucal.

El tejido hipertrofiado con frecuencia alcanza la superficie de oclusión de los dientes. Los frotis con el exudado del surco gingival pueden mostrar muchas formas celulares jóvenes lo que puede constituir un elemento de diagnóstico clínico. También pueden encontrarse en la cavidad infiltraciones localizadas de células leucémicas en zonas distintas de la encía, lengua, mejillas y ángulos de la boca. Puede haber hemorragia submucosa o no.

Pueden afectarse todos los tejidos blandos del diente. En dientes sin caries se observan con frecuencia abscesos de la pulpa o zonas de necrosis colicativas. Los pacientes se --

pueden quejar de intensa odontalgia sin causa clínica manifiesta. Se pueden encontrar fistulas en las zonas periapicales. La infiltración por células leucémicas en el perigotio del diente causan rápido aflojamiento de los dientes. La estructura y función de ese tejido desaparecen.

En un paciente con leucemia linfática y anodonto, se encontró un crecimiento bilateral simétrico del paladar por infiltrado de células leucémicas.

En algunos casos se observan signos de infección de Vincent: papilas romas, necrosis interproximal y ulceración.

La infiltración leucémica localizada en el Sistema Nervioso Central, o alrededor de los nervios periféricos puede dar alteraciones como: parálisis facial, neuralgia trigeminal, imposibilidad para protruir la lengua, dificultad de tragar, debilidad al morder y parestesia de la cara, labios o lengua. Siendo estas manifestaciones la causa de que algunos pacientes recurran al cirujano dentista para su atención.

Leucemia Crónica

Las manifestaciones orales en la leucemia crónica son mucho menos frecuentes que los signos sistémicos.

En un estudio realizado, 29 por 100 de 94 pacientes con leucemia crónica mostraban adenopatía cervical en el momento del diagnóstico; 15 por 100 tenían hiperplasia de las encías; 10 por 100 sufrían úlceras, 10 por 100 más petequias en mucosa

sa, paladar blando y en zonas de traumatismos leves, equimosis y en 4 por 100 existía sangrado franco. También suele observarse engrosamiento y sensibilidad de las encías, aflojamiento de los dientes, infecciones gingivales, úlceras, -- signos de moniliasis bucal, tumefacción de los ganglios del cuello que el paciente le puede atribuir a una infección dentaria. Tras las extracciones dentales se presentan a veces hemorragias prolongadas. Suele encontrarse la mucosa y encía de un color pálido. Las primeras manifestaciones clínicas pueden ser: hipertrofia y necrosis gingivales, hemorragia submucosa o sangrado intenso por encías. Son comunes - las hemorragias espontáneas en la pulpa.

En la tabla siguiente se muestran los datos clínicos más comúnmente encontrados en un grupo de 77 menores con leucemia aguda, observados antes del tratamiento, durante el tratamiento y durante las fases de remisión.

Número de pacientes con leucemia aguda linfocítica, mielocítica, mielomonocítica o monocítica y datos clínicos:

Datos clínicos	L.L.A. (No. de pacientes)	L.A.M. (No. de pacientes)	Total
	63	14	77
Aumento de nódulos linfáticos	20	10	30
Erosión de la mucosa oral	18	5	23
Úlceras de la mucosa oral	23	5	28
Eritema de la mucosa oral	17	5	22
Palidez generalizada de la mucosa	7	2	9
Cianosis	1	2	3
Petequias	39	7	46
Equimosis	8	4	12
Sangrado espontáneo	11	4	15
Candidiasis	16	5	21
Quelitis angular	4	2	6
Herpes simple	5	1	6
Aumento gingival	3	5	8
Movilidad dental	3	0	3
Dolor dental y mandibular	1	1	2
Parestesia de labio y mentón	1	0	1
Defectos del paladar blando	2	1	3
Cutis leucémico	1	0	1
Cusingold facies	13	1	14

Leucemia linfocítica aguda, Leucemia aguda mielocítica, mielomonocítica o monocítica.

Como se puede observar en el cuadro antes expuesto los datos más comúnmente observados fueron en orden de importancia: pequeñas, aumento de volumen en los siguientes nódulos linfáticos: submandibulares, submentonianos, anterior y posterior cervical, preauricular y postauricular, alteraciones en la mucosa oral, etc.

En este estudio, las observaciones clínicas antes mencionadas fueron el resultado de la inmunosupresión, la supresión de la médula ósea, la infiltración leucémica, una respuesta curativa disminuida, o a la mala higiene oral.

Manifestaciones orales durante la mielosupresión

"Un alto porcentaje de pacientes con leucemia aguda mueren a causa de una infección antes de recibir un adecuado tratamiento quimioterápico contra el cáncer. La mayoría de las infecciones son producidas por bacilos gram negativos cuya patogenia, bajo otras circunstancias, sería leve. Estos organismos pueden invadir la mucosa oral en zonas de traumatismo local y precipitar una celulitis extensa y una bacteremia".

Los agentes farmacológicos utilizados en el tratamiento de la leucemia aguda a base de mielosupresores potentes, inmunosupresores y drogas citotóxicas aumentan enormemente el riesgo de infección en pacientes leucémicos, cuyos mecanismos de defensa se encuentran imposibilitados por la enfermedad en sí.

Características clínicas de las infecciones en la cavidad ---

oral por bacilos gram-negativos, puros o mixtos, encontrados en pacientes con leucemia aguda, atendidos en el Hospital Anderson de la Universidad de Texas y en el Instituto del Tumor.

Pseudomonas

Las lesiones orales se inician en la piel, alrededor de los labios y la mucosa intraoral, se caracteriza por un área de necrosis de coloración central que va del morado al negro y rodeada por un halo enrojecido. Estas lesiones son el resultado de una invasión bacteriana, directa y difundida a los tejidos, acompañada por "vasculitis" de las arterias y venas regionales.

Serratia

Al inicio las lesiones bucales se presentan con pápulas --- blancas bien definidas que van obscureciendo y se ulceran con el transcurso del tiempo y finalmente se convierten escaróticas. Aparecen, usualmente en lugares donde ha habido traumatismo de los tejidos, como en las comisuras labiales y en úlceras en el paladar por prótesis. Pueden producirse sobre infecciones en lesiones de la mucosa bucal ya -- iniciadas con anterioridad por otros microorganismos.

Klebsiella

Las lesiones orales de estas infecciones son: blanco-cremosas, elevadas, brillosas, disfundibles y superficialmente -

erosivas sobre una base enrojecida; son dolorosas y no purulentas y cubiertas por una pseudomembrana adherente blanco-grisácea. Y se pueden desarrollar en cualquier parte de la boca o faringe pero se presenta con más frecuencia en la encía, labios, lengua y mucosa palatina. La lesión del tipo pseudomembranoso es semejante a las lesiones que se -- presentan en la infección de Vincent.

Enterobacter

Las lesiones bucales se han presentado como: absceso peritonsilar, úlceras en la lengua, e inflamación de la mucosa. Las lesiones en la mucosa tienen las siguientes características: blancas, húmedas, elevadas y conglomeradas; son extremadamente dolorosas, erosivas y producen úlceras poco profundas. Las infecciones mixtas de la cavidad oral en las que interviene el Enterobacter, se han manifestado principalmente como gingivitis ulceromembranosa que afecta a la encía marginal y a la encía adherida.

Escherichia coli y Proteus

Las manifestaciones bucales más sobresalientes son: gingivitis, inflamación de la mucosa y ostiomielitis posterior a -- una infección. Las lesiones de la mucosa oral son: blanco-grisáceas, ligeramente exudativas, levemente erosivas y rodeadas por una zona eritematosa.

Moniliasis. (Candida albicans)

Se caracteriza por lesiones elevadas de color grisáceo en la mucosa bucal. Estas áreas papulosas varían en cuanto a tamaño, forma, frecuencia y distribución. La lengua puede aparecer edematosa, saburral o negra.

T E M A I V

PRESENTACION DE LOS CASOS CLINICOS

A continuación se presentan tres casos clínicos de pacientes con leucemia aguda, donde las manifestaciones orales fueron el primer síntoma de la enfermedad y en dos de los casos los pacientes recurrieron al Cirujano Dentista para su atención antes que con su médico general. Lo que quiere decir que un diagnóstico oportuno por parte del Cirujano Dentista es de vital importancia en estos pacientes.

CASOS ILUSTRATIVOS

Caso I.

Historia. Mujer de 41 años de edad que ingresó en el servicio de obstétrico del hospital al séptimo mes de embarazo -- por sufrir debilidad, fatiga fácil y úlceras graves de las mucosas de la boca. Después de los estudios correspondientes se estableció en dicho hospital el diagnóstico de leucemia monocítica aguda.

El examen físico al ingresar reveló mujer con enfermedad agu

da, fiebre de 38°C y pulso de 124. Tenía la piel y mucosas muy pálidas. Se observaron equimosis en las extremidades inferiores, sufría estomatitis ulcerosa de olor pútrido acompañada de intensa hipertrofia de las encías. Había adenopatía moderada de los ganglios cervicales anteriores y posteriores. El fondo del útero estaba a cuatro traveses de dedo por debajo del apéndice xifoides. El corazón del feto latía 10 veces por minuto.

Exámenes de Laboratorio. Dieron los siguientes resultados: Hematócrito, 17 por 100; 3,100 leucocitos por milímetro cúbico, y recuento diferencial (por 100): Células básicas 6, promielocitos 17, mielocitos 5, juveniles 0, en banda 5, segmentados 17, linfocitos 46, monocitos 4. Había 15,000 plaquetas por milímetro cúbico. La paciente fue tratada sintómicamente. Recibió transfusiones de sangre completa y hemafes, que al cabo de ocho días le aseguraron un valor hematócrito de 35 por 100. El número de leucocitos subió gradualmente durante este período, hasta 12,000 por milímetro cúbico, y el de plaquetas hasta 38,000. El recuento diferencial siguió prácticamente sin modificación.

Tratamiento y evolución. Se inició terapéutica esteroide al decimocuarto día de estar en el hospital. La paciente empezó su trabajo de parto la misma noche, y dió a luz una niña prematura, viable de 1,400 g. Después del parto empeoró mucho. Continuó vomitando y presentó varias hemorragias gas-

trointestinales. El número de leucocitos disminuyó progresivamente en los seis días siguientes, hasta 400 por milímetro cúbico y en los frotis no se veían plaquetas. Murió -- siete días después del parto, unos tres meses después de -- iniciados los síntomas de su enfermedad.

El examen microscópico de la placenta y el cordón umbilical no reveló signo alguno de infiltración leucémica.

El examen necrópsico demostró agrandamiento del hígado, bazo, ganglios linfáticos y riñones. Médula ósea totalmente substituida en el esqueleto axial, y parcialmente en fémur, por células leucémicas de forma mononuclear grande, con una cantidad moderada de citoplasma obscuro y núcleo doblado o denso que contenía dos o tres pequeños nucleolos y cromatina moderadamente densa. Había infiltrados leucémicos microscópicos en los tejidos intersticiales de casi todos los órganos, que en el riñón adoptaban la forma de grandes nódulos. El cuello del útero estaba muy infiltrado por células leucémicas y también por hemorragia. La cavidad uterina contenía una decidua necrótica con muchas colonias bacterianas; - Las bacterias se habían diseminado por la mayor parte de los demás tejidos. Los riñones presentaban lesiones de nefritis de nefrona baja. La médula ósea axial contenía amplias zonas de necrosis de coagulación, con algunos focos de hipoplasia aguda y regeneración con células reticuladas.

Comentario. Esta paciente enseña muchas de las caracterís

tics más frecuentemente observadas en casos de leucemia monocítica aguda. El comienzo de la enfermedad con debilidad, fatiga fácil y dolores articulares, no es raro en cualquier tipo de leucemia aguda, pero en la de tipo monocítica es -- más frecuente el desarrollo temprano de hiperplasia gingival y estomatitis ulcerosa. La identificación de la célula patológica que interviene en la leucemia aguda a veces resulta difícil sobre todo en caso de tipo monocítico. El examen necrópsico confirmó el diagnóstico clínico de leucemia monocítica en este caso.

Caso 2.

En el Hospital Beth Israel de Boston, se presentó el caso de una paciente mujer de 23 años de edad con leucemia mielógena. La enferma tuvo un dolor repentino en un diente. Después de la extracción hubo hemorragia continua. La mucosa de la boca empezó a inflamarse y estaba dolorida. Aparecieron áreas de equimosis en la piel del cuerpo y la enferma ingresó al hospital. En este momento estaba comatosa; La conjuntiva mostraba un ligero tinte ictérico y los ganglios linfáticos eran palpables en ambos lados del cuello y en las axilas. La presión sanguínea era 95/40. Había indicios de albúmina y de bilis en la orina. Eritrocitos, 1.500,000; hemoglobina, de 26 a 17 por ciento; Leucocitos, 150,000; leucocitos polimorfonucleares maduros, siete por ciento; metamielocitos, ocho por ciento; mielocitos, nueve

por ciento; promielocitos, 19 por ciento; mieloblastos, 56 por ciento. El hermano de la enferma había muerto de leucemia mielógena ocho años antes, con 3.300.000 glóbulos rojos; hemoglobina, 50%, y glóbulos blancos 88.000.

La paciente empeoró rápidamente, a pesar del tratamiento -- instituido y murió tres semanas después.

Caso 3.

Paciente masculino de 18 años de edad, estudiante que acude a consulta por presentar sangrado en boca a nivel alveolar. Inició su padecimiento cinco días antes de su ingreso posterior a la extracción de 1o. y 2o. molar inferior derecho, presentando sangrado continuo de poca cantidad a nivel de la extracción acompañándose de ataque al estado general, fiebre, hematemesis en una ocasión y melena en varias ocasiones.

Sin antecedentes heredofamiliares y personales de importancia.

Exploración física. Hospitalizado, consciente, diaforético, palidez generalizada y poco cooperador al interrogatorio, a nivel gingival del lugar donde se hizo extracción dental, se encuentra aumentado de volumen el tejido, con presencia de -natas de fibrina, tejido necrótico, escaso material purulento y sangrado activo. Adenopatía en hemicuello izquierdo - de 0.5 cms. de diámetro desplazable no dolorosa, área cardíaca con frecuencia de 100 por minuto con soplo sistólico -

expulsivo en mesocardio.

Abdomen. Petequias en número de 3 a 4 en cuadrante superior derecho, aparentemente se palpa borde esplénico en línea paraexternal izquierda, en regiones inguinales se palpa adenopatía de 5 cms. de diámetro desplazable no dolorosa.

Extremidades: en miembro superior derecho a nivel de brazo se observa equimosis en resolución al igual que en cara anterior de tibia derecha.

Evolución. A su ingreso se le efectuó aseo bucal a nivel de la extracción con aplicación de agua oxigenada, se dejó apósito compresivo; también ameritó la aplicación de soluciones parenterales, sangre total, hidrocortisona, prednisona y heparina. El sangrado de cavidad oral fue controlado hasta los dos días de su ingreso, continuó con ataque al estado general y fiebre. Ameritó control en la sala de terapia intensiva por datos de shock hipovolémico.

Datos de laboratorio

a) Biometría Hemática	18-IX-79	19-IX-79
Hemoglobina	3.2	7
Hematocrito	12	25
Leucocitos	7200	8300
Linfocitos	5	10
Monocitos	0	0
Eosinófilos	0	0
Basófilos	0	0
Segmentados	20	32
Blastos	75	58

Normoblastos	10%	10%
Metamielocitos	0	0
b) Plaquetas	5200	3600
c) Tiempo Protrombina	13 segundos	15 segundos
e) Tiempo de Tromboplas <u>tina</u> Parcial	42 segundos	38 segundos

I.D. Leucemia aguda.

Los familiares del paciente pidieron alta voluntaria del -- servicio, para trasladarlo al Instituto Mexicano del Seguro Social, donde posteriormente falleció.

T E M A V

TRATAMIENTO DENTAL EN LOS PACIENTES CON LEUCEMIA

El tratamiento dental en los pacientes con leucemia es de sumo interés ya que en la cavidad oral se puede iniciar desde una infección incipiente por bacilos gram- negativos -- con lo cual se puede desarrollar una bacteremia si no se tiene una vigilancia constante y adecuada, o situaciones -- sumamente difíciles para el paciente como en el caso de -- las ulceraciones orales que en ocasiones le impiden comer si no son tratadas en forma adecuada.

El tratamiento bucal para las lesiones orales en la leucemia va encaminado a lograr aliviar el dolor, mantener una higiene bucal óptima e impedir la agravación de los procesos necróticos locales.

1. Medidas preventivas

a) Mantener una higiene bucal óptima, haciendo labor de convencimiento con el paciente para que acuda a sus citas con el odontólogo y lleve las indicaciones a cabo.

b) Es importante hacer ver al hematólogo la necesidad de un tratamiento odontológico profiláctico en un paciente - leucémico durante alguna remisión. Este tratamiento con siste en: llevar a cabo las medidas necesarias para lo--- grar un estado de salud óptimo de encías y tejidos perio- dónticos, y para suprimir los dientes cariados.

d) Eliminación de placa bacteriana y residuos acumulados en la encía en torno de los dientes. La técnica puede ser la siguiente:

Con una torunda de algodón, saturada en agua oxigenada al 3%, se elimina la placa bacteriana y los residuos alimen- ticios. Este tratamiento se llevará a cabo por cuadrantes lo que quiere decir que no se hará todo el tratamiento en una sola cita..

e) La actividad oral del paciente leucémico suele ser pro picia para almacenar bacilos gram-negativos potencialmente letales en las fases de inducción, de una remisión y conso lidación del tratamiento quimioterapéutico, aún existiendo un medio ambiente estéril. Por lo que se requiere de una vigilancia constante y de una intervención inmediata para prevenir el desarrollo de una bacteremia al iniciarse una infección incipiente por bacilos orales gram-negativos. En estos casos se debe de usar una combinación de antibióti- cos de amplio espectro como: Cefalotina-gentamicina; o ca bencilina cuando hay pseudomona. Este tratamiento debe de

suministrarse al inicio de una lesión en la cavidad oral. - La antibiotecoterapia se continuará hasta que se pueda establecer un tratamiento específico una vez que se obtenga el resultado del cultivo de sensibilidad a los antibióticos.

f) La dieta deberá ser blanda o líquida según el caso, para evitar los traumatismos menos posibles.

g) Los pacientes con leucemia "asintomática" después de una intervención quirúrgica bucal, pueden presentar una forma aguda, súbita y rápidamente mortal de la enfermedad.

h) Las extirpaciones, biopsias bucales, raspados profundos y tratamientos prolongados están contraindicados debido a -- que las remisiones hematológicas no duran mucho.

i) Las extracciones dentarias deben posponerse durante la fase aguda de la enfermedad.

j) Se deben tomar precauciones especiales al prescribir medicamentos a los pacientes con leucemia aguda. Las dosis -- usuales de salicilatos y antihistamínicos y altas dosis de fenotiacinas son contraindicadas ya que tienen un efecto adverso en la función de las plaquetas.

2. Suele encontrarse en estos casos pacientes con hipertrofia gingival severa que interfiere en la función masticatoria, sangran a la menor provocación y profusamente si son -- irritados, impidiéndole al paciente comer. El tratamiento

de elección en estos casos es el siguiente:

- a) Eliminación de placa bacteriana, en las primeras visitas.
- b) En la siguiente visita se lleva a cabo un legrado, profundizando en las zonas gingivales que así lo ameriten, traumatizando lo menos posible el tejido, para evitar hemorragias importantes.

En caso de hemorragia persistente, se utiliza primero una torunda con agua oxigenada; para localizar el sangrado y una vez localizado el punto sangrante se utilizan hemostáticos como sulfato férrico, acompañado de trombina en una torunda de algodón que se lleva al punto sangrante presionando, se cubre la zona con una gasa; posteriormente se coloca un apósito periodontal, eliminando así también el factor irritante que causa el dolor.

Tratamiento del paciente en estado crítico

- a) Opinión del hematólogo para llevar a cabo este tratamiento y sea él quien determine el momento indicado para llevar a cabo las maniobras operatorias.
- b) Se practica la eliminación de placa y análogos, con una torunda y H_2O_2 diariamente.
- c) Se hacen legrados superficiales para eliminación de la placa bacteriana adherida o un drenaje en su defecto; por cuadrantes.
- e) Se efectuarán legrados profundos según necesidades, limi-

tando las zonas para facilitar el control del sangrado, teniendo como precaución la antibioticoterapia por vfa intravenosa la noche anterior y 48 horas después para prevenir septicemias.

3. Tratamiento de la moniliasis

- a) Eliminar los agentes causales.
- b) El paciente debe tener una dieta rica en vitaminas y reposo absoluto.
- c) Lavados orales con solución de sal cada dos horas.
- d) Un antibiótico fungicida como la nistatina: Mycostatin, administrándose en 500,000 u tres veces al día, en tabletas o en vehculos endulzado, sostenidas en la boca y luego deglutidas; si no es severa la infección se administran cien mil unidades cuatro veces al día. Resulta eficaz en el tratamiento de la Moniliasis Infecciosa. Se puede administrar también Mystecilin: 500,000 u, de Nistatina y 250 mg de Tetraciclina.

4. Tratamiento de la gingivitis ulcerocerosante, va dirigido a la eliminación de los factores y molestias generales, posteriormente deben de eliminarse el dolor y demás síntomas.

Se indica al paciente hacer colutorios con peróxido de hidrógeno al 3%, en partes iguales con agua tibia, tomando abundantes líquidos, principalmente para aliviar la afección y anelgésicos para el dolor. El uso de antibióticos por vías

generales, pueden ser útiles en estos casos, siempre y cuando sean tolerables por el paciente. En caso de ser necesaria una intervención quirúrgica como legrado profundo, debe solicitarse interconsulta al hematólogo, quien indicará si el paciente se encuentra en condiciones para que se le practique el tratamiento necesario: legrado y gingivectomía. -- Posteriormente se recomienda la administración de suplementos nutricionales.

5. Los casos de pericoronitis se tratan con irrigaciones de una solución salina tibia o con Peróxido de hidrógeno. Si esta pericoronitis se debe a la erupción de un tercer molar, se aconseja la extracción de dicha pieza dental siempre y -- cuando el Hematólogo esté de acuerdo en dicho tratamiento.

6. El dolor asociado con las úlceras de la boca se alivia -- con anestesia tópica previo lavado con solución salina o con Peróxido de hidrógeno para remover cualquier resto de tejido necrótico. Aplicando un adhesivo oral las úlceras se protegen. Si éstas se encuentran profundas y sangran con facilidad se indica el uso de trombina en polvo junto con los -- adhesivos orales.

7. En el tratamiento de la cavidad oral en pacientes leucémicos se presentan dos tipos de sangrado: Sangrado espontáneo provocado por las lesiones orales; 2) aquel sangrado que se presenta después de una extracción dental de emergencia.

Estos dos tipos de sangrado son cohibidos colocando una torunda de algodón saturada con una solución tóptica a base de trombina, haciendo ligera presión. Si no es suficiente, - colocando otra torunda impregnada de solución a base de trombina será suficiente. (Si estas medidas locales fracasan, se necesitará de una transfusión sanguínea). Si este tratamiento tiene éxito, puede permanecer la torunda en la encía hasta que se caiga por sí sola o puede ser eliminada con sumo - cuidado con un explorador después de tres días.

En cirugía dental existe otra técnica para ayudar a la coagulación sanguínea. Después de una extracción dental se coloca una férula previamente fabricada en el alveolo al que previamente le ha sido colocado una esponja de gelatina absorbible saturada con soluciones tópticas de trombina y penicilina. Con esta técnica se obtiene presión física, una matriz para el coágulo sanguíneo, un agente para promover la formación - de fibrina y una droga para prevenir la infección. Con este tratamiento se han obtenido buenos resultados, sin embargo - no existen problemas de coagulación que se consideran importantes, por lo que la cirugía oral en estos pacientes es un riesgo que sólo se debe tomar cuando es absolutamente necesario y cuando el estado general de salud del paciente es favorable, de acuerdo a la opinión del hematólogo tratante.

8. Xerostomía. Esta resequedad llega a generalizarse a toda la boca cuando el enfermo ha sido redientemente radiado,

una vez que cede esta anomalía es secundada por un espesamiento de la saliva, facilitando así la reproducción bacteriana. Esta molestia se evita con colutorios de propiedad disolvente.

9. Cuando la etapa es avanzada las molestias orales pueden ser disminuidas con la ayuda de colutorios. La solución debe ser lo menos tóxica posible, tener propiedades disolventes, tener buen sabor, ser antiséptica y debe ser soluble en agua. Siendo el tratamiento odontológico de elección en etapas avanzadas preferentemente paleativo.

10. Cuando el paciente ha sido tempranamente diagnosticado por profilaxis se obturarán hasta caries más incipientes, -- principalmente con amalgama y salvo en algunas excepciones -- se trabajarán incrustaciones las cuales serán de oro debido a la propiedad bacteriostática de este metal.

Las exodoncias tendrán preferencia sobre todo en el diagnóstico temprano de las formas agudas y aún de las crónicas. -- Para cualquier intervención de este tipo deberá siempre hacerse bajo estricto control hemático. Cuando el paciente -- no esté preparado para este tipo de tratamiento, en los casos de dolor agudo de los dientes lo cual suele ser frecuente, en los pacientes con leucemia, se hace un drenaje amplio abriendo la cámara pulpar para permitir el drenaje por las -- raíces de la pieza dental.

Es preferible evitar los tratamientos endodónticos debido al gran riesgo que se corre de provocar infecciones.

La proostodencia total está indicada en casos muy necesarios y sólo en pacientes con leucemia crónica.

El tratamiento local para el cuidado de las lesiones bucales, en general, es el mismo que se indica para la leucemia aguda.

C O N C L U S I O N E S

1. Generalmente las enfermedades de origen hematológico -- presentan alteraciones en la cavidad oral y en algunos casos suelen ser éstas las primeras manifestaciones del padecimiento. Siendo el cirujano dentista el responsable en estos casos, de elaborar un diagnóstico presun-- cional acertado para que el paciente reciba el tratamien-- to en forma oportuna.

Cuando no hay una causa local que esté provocando el san-- grado se debe de hacer un estudio clínico y hematológico completo, además de considerar las hemorragias que se -- ven en la boca pero que provienen de otros sectores, co-- mo las de origen nasal, broncopulmonares y las de origen gástrico.

2. El cirujano dentista debe de ser cuidadoso y audaz en la elaboración del diagnóstico en este tipo de pacientes ya que debe diferenciar entre las manifestaciones orales -- originadas por procesos locales y procesos generales, -- cuando la causa sea esta última. Solicitará una inter-- consulta al especialista indicado, para que sea éste el

que determine el diagnóstico.

3. La leucemia es una enfermedad de etiología desconocida cuya incidencia ha aumentado en los últimos años, siendo de pronóstico fatal, ya que un alto porcentaje de pacientes con leucemia mueren a corto o largo plazo, aunque hay casos reportados de curación.
4. En las leucemias agudas suelen observarse lesiones en la cavidad oral; siendo mucho más comunes en el tipo monocítico en una fase relativamente temprana de la enfermedad. Y donde la frecuencia ha señalado que es alrededor de 75 por 100. Estos pacientes suelen recurrir al cirujano dentista primero que con su médico general, por las molestias que presentan en la boca.
5. Las alteraciones orales que se manifiestan en el transcurso de la enfermedad suelen ser muy dolorosas y molestas, en algunos casos le impiden al paciente comer y -- son frecuentemente las principales quejas de los enfermos durante su hospitalización.
6. "Un alto porcentaje de pacientes con leucemia mueren a causa de una infección antes de recibir un adecuado tratamiento quimioterapéutico contra el cáncer, para evitar esto se llevan las siguientes medidas: combinación de un régimen profiláctico con antibióticos, una adecuada protección del medio ambiente; esto ha sido eficaz -

en la eliminación de microorganismos en todos los orificios del cuerpo, menos en la cavidad oral de pacientes leucémicos, obteniendo así un almacén para bacilos gram-negativos potencialmente letales en las fases de inducción, remisión y consolidación del tratamiento quimioterapéutico, aún existiendo un medio ambiente estéril". - Por lo que el cirujano dentista representa un papel sumamente importante en estos casos debido a que se requiere de una vigilancia constante de la cavidad oral para prevenir una bacteremia.

7. Las manifestaciones bucales varían mucho en la leucemia aguda en algunos casos los signos iniciales suelen ser: en región de cabeza y cuello es la adenopatía, en la cavidad bucal hiperplasia gingival con o sin zonas necróticas, petequias y equimosis, úlceras de la mucosa bucal - en mejillas, amígdalas o faringe y hemorragia. Son comunes las hemorragias espontáneas en la pulpa, el primer síntoma puede ser también el sangrado por encías después de una extracción dental.

Las manifestaciones orales en la leucemia crónica son menos frecuentes que los signos sistémicos. Las lesiones orales suelen ser las mismas que en la leucemia aguda.

8. Antes de llevar a la práctica un tratamiento dental en los pacientes con leucemia, el cirujano dentista debe solicitar una interconsulta con el hematólogo para darse -

cuenta de las condiciones generales del paciente y de acuerdo a esto seleccionar el tratamiento dental adecuado para el paciente.

9. Es conveniente que el cirujano dentista sea consciente del importante papel que desempeña en el tratamiento de estos pacientes y trabaje en coordinación con el hematólogo ofreciéndole toda su colaboración, para lograr un tratamiento integral del paciente.
10. Es necesario que se elaboren programas sobre el manejo dental de estos pacientes a nivel Institucional y se lleven a cabo pláticas principalmente dirigidas a médicos hematólogos. Para lograr una mayor cooperación de estos profesionistas.
11. El tratamiento odontológico de elección con estos pacientes es el preventivo principalmente, mantener la cavidad oral en óptimas condiciones de higiene y evitar las lesiones bucales menos posibles.
12. En los pacientes con leucemia se deben de evitar las extirpaciones, biopsias bucales, raspados y tratamientos prolongados debido a que las remisiones hematológicas no duran mucho tiempo.
13. En caso de que se requiera de una intervención quirúrgica como una gíngivectomía, o de una extracción dental,

antes debe de estar elaborado el reporte del hematólogo, y será el criterio de este profesionalista el que determine el momento oportuno para que el paciente reciba este tipo de tratamiento.

14. El cirujano dentista debe de tomar precauciones especiales al prescribir medicamentos porque a los pacientes con leucemia las dosis usuales de salicilatos, histamínicos y altas dosis de fenotiacinas son contraindicadas ya que tienen un efecto adverso en la función de plaquetas.
15. Es necesario que el cirujano dentista haga labor de convencimiento con este tipo de pacientes para que no abandonen el tratamiento odontológico y asistan a sus consultas periódicamente.
16. Es conveniente instruir a los pacientes sobre la importancia de tener una buena higiene bucal y en caso de tratarse de menores, también se les darán las indicaciones a los padres de éstos.
17. Las víctimas de esta enfermedad mueren en lapsos de días, o años, como suele ser en el caso de algunas leucemias crónicas. El cirujano dentista en estos casos representa un papel muy importante por lo que sus esfuerzos no deben de minorar nunca, para evitar el dolor y hacer más confortable la vida de estos pacientes durante el transcurso de su enfermedad.

B I B L I O G R A F I A

BAEZ VILLASEROR J.
Hematología Clínica
Tercera Edición
Editorial Méndez Oteo, 1970.
Págs. 208.

BURKET
Medicina Bucal
Edit. Interamericana, 1954.
Págs. 261, 263.

BURKET
Medicina Bucal. (Diagnóstico y Tratamiento)
Sexta edición
Editorial Interamericana, 1977.
Págs. 117, 284-286, 288-292.

DREIZEN S. BODEY G.P. BROWN LR.
Opportunistic gram-negative bacillary infections in
Leukemia - Oral Manifestations during Myelosuppression.
University of Texas/Houston
Postgraduate Medicine. V. 55, 1974.
Págs. 135-139.

DUFFY J.H., DRISCOLL EJ.
Oral manifestations of leukemia
Oral Surgery
II: 484, 1958.
Págs. 486, 488.

FERRY G.F., DOUGLAS J.W.
Oral Treatment in Acute Leukemia
J.A.D.A., 1956.
Págs. 714.

GRINSPAN, D.
Enfermedades de la Boca
Tomo I.
Editorial Mundi, 1970.
Págs. 175, 177.

GUERRERO, G.A., RIVERA, R.G.
Leucemia.
Tesis.
U.N.A.M., 1976.
Págs. 70, 71.

LEAVELL, THORUP
Hematología Clínica
Tercera Edición
Edit. Interamericana, 1973
Págs. 477, 495, 512, 513, 515.

MICHAUD M. BAEHNER RL, BIXLER D., KAFRAWY AH
Oral manifestations of Acute-Leukemia in Children
Journal of the American Dental Association
V. 95, 1977.

RAPAPORT S.
Introducción a la Hematología.
Salvat Editores, S.A., 1974.
Págs. 165-167, 164.

SHAFFER W.
Patología Bucal
3a. Edición
Editorial Interamericana, 1977.
Págs. 667, 669, 672, 673, 676, 677, 679, 681-683, 686-688,
696, 701, 702.

SILVERT R., YOUNGER, HALLAND, J.
Some New Aspects of Modern Cancer-Chemotherapy.
The American Journal of Medicine,
New York, November 1977.
Págs. 772-787.

SINROD, H.S.
Leukemia as a Dental Problem
A.D.A., V. 55, 1957.
Págs. 812-814, 818.

SPOUGE J.D.
Patología Bucal
Edit. Mundt, 1977.
Págs. 459.

THOMA K.H.
Patología Bucal
Segunda Edición
Editorial Hispano Americana, 1959.
Págs. 1189.

VELAZQUEZ T.
Anatomía Patológica Dental y Bucal
Editorial La Prensa Médica Mexicana
1966
Págs. 316.

WINTROBE MAXWELL M.
Clinical Hematology
Seventh Edition
Editorial Lea-Febriger, 1974
Págs. 1433, 1432.

WILLIAM J. WILLIAMS
Hematología
Salvat Editores, S.A., Barcelona, 1975.
Tomo I. Págs. 697, 698, 701, 724, 728, 729, 730, 732.
Tomo II. Págs. 890-894, 902, 903, 915.

ZEGARELLI, E.
Diagnóstico en Patología Oral
Edit. Salvat, 1972.
Págs. 389, 527, 528, 538, 540, 541.