

**Facultad de Ciencias Médicas Mayabeque.
Clínica Estomatológica Docente "Andrés Ortiz Junco".**



**I FORUM CIENTÍFICO VIRTUAL
CienciasMayabeque@ 2020**

Título:

La boca en tiempos de COVID.

Temática: COVID-19

Autores:

Dra. Glenda Dávila Dieppa.

Residente de primer año en Estomatología General Integral.

Brenda Dávila Dieppa.

Estudiante de Medicina 6^{to} Año.

Tutoras:

MsC. Flavia Aleida García Báez

Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Asistente

MsC. Carmen Julia Vázquez Fiallo

Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Asistente.

2021



Resumen:

Dado que la mucosa oral podría ser el primer escenario infectado con SARS-CoV-2, debe suponerse que las lesiones en la misma podrían ser los primeros signos de COVID-19 en aparecer. Si eso se confirma, los odontólogos serían los primeros en identificar a pacientes sospechosos y podrían orientarlos a hacerse la prueba y el tratamiento oportuno. A pesar de las presentaciones que informan sobre lesiones bucales en pacientes con COVID-19, sigue sin contestarse la pregunta sobre si dichas lesiones se deben a una infección por coronavirus o son manifestaciones secundarias, que resultan de la condición sistémica del paciente, el estrés originado en las restricciones de la vida social durante el bloqueo pandémico, la falta de higiene oral o la actual presión laboral. En tal sentido se realizó un artículo de actualidad con el propósito de determinar las primeras manifestaciones bucales que han sido reportadas hasta la fecha en pacientes positivos y luego de su recuperación, con lo cual el personal médico y estomatológico aún no se ha familiarizado. Hasta este momento, no hay evidencias de la presencia de lesiones orales patognomónicas; pero sí de la presencia de manifestaciones orales inespecíficas, a las cuales debe dársele una correcta terapéutica.

Palabras Claves: COVID-19, manifestaciones bucales, atención estomatológica.



Introducción:

En diciembre del 2019 se identificaron 27 casos de neumonía de etiología desconocida, en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei en China. Un nuevo coronavirus causante de la enfermedad COVID-19 había sido identificado por la OMS como agente causal (SARS-CoV-2).¹ Los síntomas más comunes incluyen fiebre, tos seca y cansancio. Algunos pacientes pueden presentar dolor muscular, congestión nasal, rinorrea, dolor de garganta, rash cutáneo y diarrea, mientras otros no desarrollan ningún síntoma. La mayoría de los afectados, alrededor del 80% se recuperará sin necesidad de recibir tratamiento, mientras la otra minoría desarrollará la enfermedad grave presentando distrés respiratorio, llegando a la muerte en casos severos.²

Como se conoce el SARS-CoV-2 fue identificado en la saliva de pacientes infectados y su mecanismo de contagio es por contacto con otro infectado, contacto cercano (en un radio de 1,82 metros) a través de gotitas de Flüge que se producen al estornudar o toser. Este brote es un recordatorio para los odontólogos y demás el personal sanitario a seguir normas de bioseguridad, ya que la práctica odontológica está expuesta a una gran variedad de microorganismos, como es el caso del SARS-CoV-2.³ Las vías por la cual la COVID-19 puede estar presente en la saliva del infectado son las siguientes: presencia del virus en la parte superior e inferior del tracto respiratorio, en la sangre, el cual puede acceder a la boca a través del líquido crevicular y por la infección de una glándula salival a través de la liberación de partículas en la saliva por medio de los conductos salivales, pues se ha demostrado que el SARS-CoV-2 pudo infectar células epiteliales de glándulas salivales en animales.

A pesar de los rigurosos esfuerzos globales de contención y cuarentena la incidencia de la COVID-19 sigue aumentando, siendo la población geriátrica la más afectada, lo que constituye una emergencia de la salud pública global.⁴ Dado que este virus se



informó recientemente ha surgido una literatura científica con informes de casos y manifestaciones menos frecuentes, que han esbozado mejor la historia natural y la semiología de la enfermedad. Sin embargo hasta la fecha todavía hay preguntas importantes relacionadas con el enfoque clínico de la pandemia y todavía hay aspectos que deben estudiarse.

En este contexto, se han ido reportando manifestaciones clínicas, que han ido enriqueciendo el conocimiento sobre las características del cuadro clínico. Uno de los aspectos escasamente documentados es la semiología a nivel de la cavidad oral.⁵ Lo que, desde cierto punto de vista, puede deberse a que los odontólogos, a nivel mundial, se han visto separados de la actividad clínica rutinaria por los riesgos de la potencial transmisión derivada principalmente de la presencia de aerosoles de la saliva en algunas de las prestaciones odontológicas. Tras la declaración de la pandemia por COVID-19 muchas de las atenciones dentales han sido suspendidas, incluso en nuestro país, las autoridades sanitarias han recomendado limitarlas solo a las atenciones de urgencias-emergencias odontológicas.⁶ Dichas atenciones también se han visto limitadas debido a la escasez de los elementos de protección personal y a que las personas han dejado de visitar al dentista, ya sea por el temor que se ha generado, o como consecuencia de la situación de confinamiento, recomendado u obligatorio, en la que gran parte de la población mundial ha sido expuesta. Siendo lo antes expuesto razones que podrían explicar el escaso reporte de lesiones de la mucosa oral en pacientes positivos u otras manifestaciones orales.⁷

Recorriendo buscadores confiables como MEDLINE, LILACS, SciELO, PubMed y noticias divulgadas en boletines de la OMS-OPS y el portal Infomed, orientamos la búsqueda en este tema, donde nos encontramos con diferentes reportes, todos bien intencionados, pero que por su metodología de investigación e indefinidas conclusiones, en nuestra opinión, salvo algunas excepciones, pueden generar confusión en pacientes y profesionales. Por lo que nos propusimos en este estudio



determinar las primeras manifestaciones bucales que han sido reportadas hasta la fecha en pacientes positivos a la enfermedad y luego de su recuperación, con lo cual el personal médico y estomatológico aún no se ha familiarizado, ya que como la pandemia solo lleva meses con nosotros, no existen datos concluyentes.



Desarrollo:

Dado que la mucosa oral podría ser el primer escenario infectado con SARS-CoV-2, podría suponerse que las lesiones de la cavidad bucal podrían ser los primeros signos de COVID-19 en aparecer. Si esto se confirma, los odontólogos serían los primeros en identificar a pacientes infectados con el virus. ⁸ Por lo que vamos a resumir la situación actual en siete puntos:

- ❖ Nos enfrentamos a un nuevo virus, no del todo conocido, que está causando una importante pandemia con una tasa alta de incidencia y letalidad.
- ❖ No se prevé un control de la pandemia a corto plazo.
- ❖ El odontólogo, como profesional sanitario, tiene un papel muy relevante en el control de la infección del coronavirus.
- ❖ El odontólogo es un profesional de alto riesgo al trabajar constantemente expuesto a aerosoles, saliva y a una distancia de trabajo corta (a veces a menos de 1 metro de la boca del paciente).
- ❖ Para su propia seguridad y al objeto de evitar infecciones cruzadas, debe adoptar todas las normas establecidas de bioseguridad que periódicamente van emitiéndose.
- ❖ Se recomienda una evaluación previa del paciente mediante un sencillo cuestionario que le ayude a la toma de decisiones ulteriores.
- ❖ Todas las medidas universales de protección de barrera, así como las relativas a limpieza, desinfección y esterilización, deben esforzarse, amén de la adopción de métodos específicos como la utilización del dique de goma y colutorios.

En la situación epidemiológica en la que se encuentra el país, es altamente recomendable realizar un cuestionario a todos nuestros pacientes, en relación a determinados aspectos relacionados con la COVID-19.⁹ A través de cinco preguntas básicas, podemos conocer cómo se encuentra el paciente y si hay riesgo de



contagio al acudir a la clínica. De esta manera nos protegemos todos, pacientes y personal médico.

1. ¿Tiene fiebre o la ha tenido en los últimos 14 días?
2. ¿Ha tenido problema respiratorio (incluyendo tos) en los últimos 14 Días?
3. ¿Ha viajado a países de riesgo en los últimos 14 días?
4. ¿Ha estado en contacto con alguna persona con confirmación de COVID-19?
5. ¿Ha estado en contacto estrecho con personas que presentaban cuadro respiratorio agudo en los últimos 14 días?

A pesar de las investigaciones que informan sobre lesiones bucales en pacientes con COVID-19, sigue sin contestarse la pregunta sobre si dichas lesiones se deben a una infección por coronavirus o si son manifestaciones secundarias, que resultan de la condición sistémica del paciente.¹⁰

Las lesiones orales podrían ser debidas a muchos otros factores, como el estrés originado en las restricciones de la vida social durante el bloqueo pandémico, la falta de higiene oral, la presión laboral o el virus del herpes simple¹¹. Los enjuagues antisépticos para reducir la carga viral oral, a base de peróxido de hidrógeno¹² también podrían inducir úlceras orales¹⁰. No existe aun ningún fármaco eficiente y seguro contra la infección, y los existentes, están relacionados con reacciones adversas, incluidas en la cavidad bucal ^{12,13}. Es fundamental una anamnesis completa para llegar a saber la verdadera etiología de la lesión.

Algunas lesiones pueden resultar del deterioro inmunológico, desarrollando, lo mismo que reacciones adversas a los tratamientos. Por lo tanto, las lesiones que se presentan en la cavidad oral, en el curso de la infección justifican un interés amplio y actualizado. Las medidas terapéuticas indicadas, podrían contribuir a los resultados adversos relacionados con la salud oral, conduciendo a infecciones oportunistas, recurrencias de



herpes simple oral (HSV-1), ulceraciones orales inespecíficas, hipersensibilidad a fármacos, disgeusia, xerostomía, ulceraciones y gingivitis como resultado del sistema inmune deteriorado o mucosa oral susceptible¹⁴.

En los pacientes con COVID-19 debemos considerar la aparición de algunos signos y síntomas orales como: disgeusia, petequias, candidiasis, úlceras traumáticas, infección por HSV-1, lengua geográfica ¹⁵, aftas, entre otros. Si bien el genoma del SARS-CoV-2 se detecto en la saliva en la mayoría de los pacientes con esta enfermedad ¹⁶ y en algunos casos, se detecto en la saliva, sin evidencia por su presencia en la nasofaringe ¹⁷, debemos ser cautelosos al asociar COVID-19 con úlceras orales, ya que hay muchos virus que podrían afectar la cavidad oral con úlceras. Además el estrés emocional asociado con la cuarentena en el hogar, el encierro y la infección amigos y familiares queridos también pone en peligro la salud y complica el cuadro.

Una sialoadenitis aguda puede manifestarse luego que el SARS-Cov2 se une a los receptores ACE2 en el epitelio de las glándulas salivales. Se fusiona con ellas, se replica y lisa las células para inducir síntomas y signos de molestias, hinchazón y dolor en las glándulas salivares mayores (glándulas parótidas y submandibulares) Al alisarse las células acinares por el efecto citolítico del virus, la amilasa salivar se libera en la sangre periférica. Por lo tanto, inferimos que la amilasa aumenta en la sangre periférica en la fase temprana de la infección. Síntomas como malestar, dolor, hinchazón y disfunción secretora en las glándulas salivales pueden presentarse en algunos pacientes. Al aplacarse la inmunoreacción, el daño inflamatorio se reparará mediante la granulación y fibrogénesis. ¹⁸

También puede causar la sialoadenitis crónica como resultado del mecanismo de reparación convencional del daño inflamatorio agudo se especula que la destrucción inflamatoria de las glándulas salivales se reparará mediante la proliferación de fibroblastos y la formación de tejido conectivo fibroso, llevando a un cuadro de



hiposecreción de las glándulas salivales. La estenosis ductal producida junto a episodios de sialolitiasis llevaría a una sialoadenitis obstructiva crónica causada por la COVID-19.

Los pacientes que superan la COVID-19 pueden padecer un amplio abanico de secuelas: de cansancio a estrés postraumático, pérdida muscular o daño miocárdico. ¿Puede esta enfermedad dejar secuelas bucodentales? Además de la pérdida del gusto, no se descarta que algunos pacientes puedan experimentar una disminución de la producción de saliva una vez superada la enfermedad. Tanto la OMS como el Ministerio de Sanidad incluyen la pérdida del gusto entre los posibles síntomas de la COVID-19.^{19, 20} En torno a un 70% de los pacientes sufren aguesia (pérdida del sentido del gusto), además de la anosmia, pérdida del sentido del olfato, pudiendo persistir durante meses tras la curación del paciente'', según Alberto Moreno López, secretario de la Sociedad Española de Medicina Oral.

Debemos resaltar la importancia de distinguir entre las lesiones que puede provocar la infección por SARS-CoV-2 y las secuelas que podría dejar en los pacientes una vez resuelta la infección. La disminución en la producción de saliva se explica debido a la presencia del virus en las glándulas salivales, por esa razón la saliva se puede usar como elemento diagnóstico.²¹ Aunque aún no se está claro si esta alteración se debe al virus, a una afectación neurológica que la regula o a la suma del proceso inflamatorio que provoca la infección en pacientes que ya padecen enfermedades anteriores que afectan la producción de saliva, del mismo modo se desconoce si esta alteración persiste en el tiempo.²²

¿Hay pacientes más proclives a sufrir este tipo de dolencias? Pues se afirma que los más expuestos a sufrir daños bucodentales son aquellos que reciben ventilación mecánica invasiva, dado que la intubación puede dañar piezas dentales, la mandíbula o la mucosa bucal. Se confirma además que debido a la poca atención que se presta a la salud bucodental en instancias hospitalarias prolongadas puede existir un deterioro de la salud bucal.²³



Debido a las nuevas normas de seguridad establecidas a nivel mundial el uso de la mascarilla facial ha sido tema de discusión y desmintiendo mitos podemos confirmar que no existe ninguna evidencia científica que demuestre su relación con enfermedades bucales.

Mal aliento, sensación de boca seca, manchas en los dientes... son varias las alteraciones bucodentales que algunas personas están atribuyendo al uso de la mascarilla. En la boca conviven millones de bacterias pertenecientes a unas 300 familias diferentes. La falta de oxígeno podría alterar ese equilibrio llamando simbiosis para dar lugar a un desequilibrio (disbiosis) en que determinadas bacterias orales patógenas pudieran desarrollarse y predominar. Sin embargo, es altamente improbable que en las condiciones habituales de uso de mascarillas se produzca esta situación de falta de oxígeno.²⁴

El hecho de llevar mascarilla durante varias horas y no mostrar la boca no debe suponer el abandono de la higiene bucodental. Debemos recordar que la mucosa oral es una de las vías de entrada del coronavirus, junto a la nariz y los ojos, por lo que mantener una boca sana es primordial. La boca puede ser considerada tanto una puerta de entrada como de salida del virus y en sí misma un foco de alto riesgo para el desarrollo de la enfermedad por COVID-19 debido a la presencia de receptores ACE2. Esto explica la importancia que adquieren las tres famosas medidas de protección denominadas las tres **M**: lavado frecuente de **Manos**, uso sistemático de la **Mascarilla** y mantener **Metros** de distancia social.²⁵ Una pobre higiene oral, con caries y enfermedad periodontal, incrementa el riesgo de padecer enfermedades sistémicas, pudiendo originar complicaciones cardíacas, pulmonares, problemas en el embarazo o empeorar la diabetes. No es el momento de arriesgarse a poder desarrollar estas complicaciones. Por todo ello, ahora más que nunca, debemos mantener una correcta higiene bucal y visitar periódicamente al odontólogo.



Consideraciones finales:

Como puede apreciarse, hasta la fecha, no hay evidencias de la presencia de lesiones orales específicas y patognomónicas relacionadas con el SARS- CoV-2, sin embargo no deja de tener importancia la presencia de lesiones inespecíficas que han sido reportadas. En este contexto cobra mayor relevancia incorporar rutinariamente la evaluación de signos y síntomas que se pueden presentar en la cavidad oral en pacientes que han sido positivos en el test de RT-PCR utilizado para el diagnóstico de infección por SARS-CoV-2, ya sea para determinar si efectivamente como se ha sugerido forma parte de la semiología de la COVID-19, o si, la presencia de manifestaciones bucales como las descritas corresponden más bien a distintas entidades , que pudieran estar favorecidas por la respuesta inmune que desencadena el referido coronavirus. Por ello, creemos necesario que la atención de salud de esos pacientes pueda contemplar la evaluación de su salud oral, por profesionales entrenados adecuadamente para ello. A varios meses todavía no sabemos si estamos en el final del principio o en el principio del final de esta pandemia inesperada. Lo que sí está claro es que la profesión odontológica debe seguir atenta y a la altura de las circunstancias junto a los equipos multidisciplinarios que luchan contra la enfermedad.



Referencias bibliográficas:

1. M. Palacios Cruz, E. Santos, M.A, Velázquez Cervantes y M. León Juárez. COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. Revista Clínica Española.4 de marzo, 2020.
2. Ranferi Aragón, Nogales, Iván Vargas Almanza, María Guadalupe Miranda Novales. Covid -19 por SARS-CoV-2: la nueva emergencia de salud. Revista mexicana de pediatría.2 de marzo, 2020.
3. Roberto Alfonso Accinelli, Cristian Mingxiong Zhang Xu, Jia- Der Ju Wang. Covid-19: La pandemia por el nuevo virus SARS-CoV-2. Revista Perú Med Salud Pública.8 de abril, 2020.
4. M.A. Valdés. COVID-19. De la patogenia a la elevada mortalidad en el adulto mayor y con comorbilidades. Revista habanera de Ciencias Médicas.10 de julio, 2020.
5. Martín Carreras-Presas C, Amaro Sánchez J, López-Sánchez AF, Jané-Salas E, Somacarrera Pérez ML. Oral vesiculobullous lesions associated with SARS-CoV-2 infection. Oral Dis. 2020;Ahead of print [PMC free article] [PubMed]
6. José Burgos Ponce , Kellen Cristine Tjioe ,Ciro Dantas Soares ,Rejane Andrade de Carvalho , 2Kalline Andrade de Carvalho , Maria Goretti Freire de Carvalho , Oslei Paes de Hallazgos superpuestos o manifestaciones orales en la nueva infección por SARS-CoV-2Almeida Med Oral Patol Oral Cir Bucal . 2020 jul; 25 (4): e563 – e564.
7. Chaux-Bodard, A.-G. , Deneuve, S., & Desoutter, A. (2020). Oral manifestation of Covid-19 as an inaugural symptom? Journal of Oral Medicine and Oral Surgery, 26(2), 18 10.1051/mbcb/2020011
8. de Maria A., Varese P., Dentone C., Barisione E., Bassetti M. High prevalence of olfactory and taste disorder during SARS-CoV-2 infection in outpatients. J Med Virol. 2020 ;(May) doi: 10.1002/jmv.25995. [PMC free article] [PubMed]
9. Lechien J.R., Chiesa-Estomba C.M., De Siaty D.R., Horoi M., Le Bon S.D., Rodriguez A. Olfactory and gustatory dysfunctions as a clinical presentation of mild-to-moderate forms of the coronavirus disease (COVID-19): a multicenter European study. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2020:1–11. doi: 10.1007/s00405-020-05965-1. [PMC free article]



10. Putra B.E., Adiarto S., Dewayanti S.R., Juzar D.A. Viral exanthem with “pin and needles sensation” on extremities of COVID-19 patient. *Int J Infect Dis.* 2020;(May) doi: 10.1016/j.ijid.2020.05.020. pii:S1201-9712(20)30327-1. [PMC free article]
11. Guo, Y., Yuan, C. y Wei, C. (2020). Medidas de emergencia para enfermedades agudas de la mucosa oral durante el brote de COVID-19. *Enfermedades orales*, 10.1111 / odi.13350 [CrossRef]
12. Martín Carreras-Presas C., Amaro Sánchez J., López-Sánchez A.F., Jané-Salas E., Somacarrera Pérez M.L. Oral vesiculobullous lesions associated with SARS-CoV-2 infection. *Oral Dis.* 2020 ;(May) doi: 10.1111/odi.13382. [PMC free article] [PubMed]
13. Hasturk, H., Nunn, M., Warbington, M. y Van Dyke, TE (2004). Eficacia de un enjuague bucal a base de peróxido de hidrógeno fluorado para el tratamiento de la gingivitis: un ensayo clínico aleatorizado . *Journal of Periodontology* , 75 (1), 57–65. 13.1902 / jop.2004.75.1.57 [PubMed]
14. Gusberti, FA, Sampathkumar, P., Siegrist, BE y Lang, NP (1988). Efectos microbiológicos y clínicos de digluconato de clorhexidina y enjuagues bucales de peróxido de hidrógeno en el desarrollo de placa y gingivitis. *Journal of Clinical Periodontology* , 15 (1), 60–67. 10.1111 / j.1600-051x.1988.tb01556.x [PubMed]
15. Bruna Lavinias Sayed Picciani , Lílian Rocha Santos , Thays Teixeira-Souza , Thaylla Núñez Amin Dick , Sueli Carneiro , Jane Marcy Neffa Pinto, Joao Carlos Regazzi Avelleira, David Azulay Rubem, Ronir Raggio Luiz , Garza Fernando de Sousa Gonzaga. Índice geográfico de severidad de la lengua: un nuevo sistema de puntuación clínica. *Cirugía Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Oral* 2020 abr; 129 (4): 330-338. doi: 10.1016 / j.oooo.2019.12.007. Epub 2020 20 de enero
16. Mehra M.R., Desai S.S., Ruschitzka F., Patel A.N. Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis. *Lancet.* 2020 doi: 10.1016/S0140-6736(20)31180-6. Published online May 22, 2020. [PMC free article] [PubMed]
17. de Melo Filho M.R., da Silva C.A., da Rocha Dourado M., de Oliveira Pires M.B., Pêgo S.P., de Freitas E.M. Palate hyperpigmentation caused by prolonged use of the



anti-malarial chloroquine. *Head Neck Pathol.* 2012; 6(1):48–50. doi: 10.1007/s12105-011-0288-5. [PMC free article] [PubMed]

18. Chenxing Wang , Heming Wu , Xu Ding , Huan Ji , Pengfei Jiao , Haiyang Sheng Li, Hongming Du. La infección del nuevo coronavirus 2019 causa sialoadenitis aguda y / o crónica. *Hipótesis med.* 2020 jul; 140: 109789.

19. Godinho G.V., Paz A.L.L.M., de Araújo Gomes E.P.A., Garcia C.L., Volpato L.E.R. Extensive hard palate hyperpigmentation associated with chloroquine use. *Br J Clin Pharmacol.* 2020 doi: 10.1111/bcp.14313. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

20. Kotfis, K. Skonieczna-Zydecka, K. (2020). COVID-19: Gastrointestinal symptoms and potential sources of 2019-nCoV transmission. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 52(1), 1–2. 10.5114/ait.2020.93867 [PubMed]

21. To KK, Tsang OT, Chik-Yan Yip C, et al. Consistent detection of 2019 novel coronavirus in saliva. *Clin Infect Dis* 2020; pii:ciaa149. [PMC free article] [PubMed]

22. Dzedzic A., Wojtyczka R. The impact of coronavirus infectious disease 19 (COVID-19) on oral health. *Oral Dis.* 2020 doi: 10.1111/odi.13359. Accepted author manuscript. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef]

23. Ciro Dantas Soares, Rejane Andrade de Carvalho, Kalline Andrade de Carvalho, Maria Goretti Freire de Carvalho y Oslei Paes de Almeida. Carta al editor: lesiones orales en un paciente con Covid-19. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2020 jul; 25 (4): e563 – e564.

24. Sanz, Mariano. El uso de la mascarilla no provoca patologías bucodentales. 21 de julio, 2020.

25. Díaz-Castrillón, Francisco Javier, Ana Isabel Toro- Montoya. SARS-CoV-2, COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. 26 de abril, 2020



Anexos:

