

Las pandemias en boca de los afectados

Pandemics in the mouth of those affected.

Adalberto A Mosqueda-Taylor

Desde que existen descripciones más o menos detalladas de las características clínicas distintivas de las enfermedades transmisibles, y particularmente las que hoy sabemos son de origen viral, se ha mencionado de manera consistente la afectación de las mucosas oral y faríngea, llegando a convertirse algunas lesiones en esta región en signos altamente sugerentes de algunos diagnósticos (por ejemplo, las manchas de Koplik en el sarampión y la leucoplasia vellosa en la infección por VIH).

Las especialidades médicas dedicadas primariamente a la evaluación y el cuidado de las superficies cutáneas y mucosas han visto aparecer durante las epidemias nuevas afecciones y emerger como datos diagnósticos y de valor pronóstico a otras ya conocidas, con lo que se ha incrementado su estudio y se ha generado nueva información de su naturaleza y evolución, misma que ha redundado en mejores tratamientos no sólo para los afectados por las enfermedades de esas epidemias, sino también para los pacientes afectados de forma incidental y sin asociación con las mismas.

Baste recordar como ejemplo de lo anterior que en los informes de los primeros pacientes con SIDA a principios del decenio de 1980 se hicieron notables descripciones acerca de los sarcomas de Kaposi, lesiones poco conocidas por la mayoría de los médicos a nivel internacional, ya que los casos publicados hasta entonces correspondían principalmente a las formas clásica y endémica de esta entidad, detalladas específicamente en regiones localizadas en la zona mediterránea oriental y en África central y oriental, respectivamente. Más tarde se hicieron evidentes enfermedades no descritas hasta entonces, como la leucoplasia

Patólogo bucal.

Recibido: marzo 2021

Aceptado: abril 2021

Correspondencia

Adalberto A Mosqueda Taylor
mosqueda@correo.xoc.uam.mx

Este artículo debe citarse como:

Mosqueda-Taylor AA. Las pandemias en boca de los afectados. Dermatol Rev Mex. 2021; 65 (2): 119-121.
<https://doi.org/10.24245/dermatol-revmex.v65i2.5585>

vellosa, la periodontitis ulcerativa necrosante y la lesión linfoepitelial quística asociada con el VIH, que se consideraron en un inicio afecciones asociadas solamente con esa enfermedad infecciosa, pero que hoy sabemos que, aunque en mucho menor frecuencia, también pueden manifestarse en casos de inmunodeficiencia de otro origen.

A pesar de que la pandemia por COVID-19 ha alterado diversos aspectos de nuestras vidas e interrumpido de manera significativa la actividad profesional, las actividades cotidianas que se realizan en los campos de formación profesional y el ejercicio clínico de atención presencial de pacientes en las distintas disciplinas médicas, y en particular en patología y medicina bucal, han hecho indispensable encontrar alternativas para el mejor cumplimiento de esas tareas y, para ello, se han utilizado las palabras clave que son *adaptación e innovación*.

Para realizar de manera cotidiana los proyectos de investigación que permitan definir y entender mejor las posibles causas y expresión clínico-patológica de las alteraciones bucales por esta enfermedad, la palabra clave es *colaboración*. Con respecto a este último concepto, resulta interesante observar cómo en los últimos meses han aparecido numerosos trabajos que analizan desde distintos lugares geográficos y desde diversos ángulos dichas lesiones.

Al igual que ha ocurrido con otras enfermedades cuando son identificadas por primera vez, existe en la bibliografía sobre COVID-19 una tendencia a describir manifestaciones en diversos órganos (de acuerdo con cada especialidad médica), como lesiones nuevas o aparentemente no descritas con anterioridad, y quizás por precipitación, o en el peor de los casos, por falta de análisis cuidadoso, se comete el error de confundir los cuadros clínicos verdaderamente producidos o desencadenados por el nuevo agente patógeno

(daño citopático viral directo o indirecto), con los que son consecuencia de los efectos metabólicos causados secundariamente por la afección sistémica (deshidratación, coagulopatía, etc.) y con los que surgen como efectos generados por los medicamentos administrados en las distintas fases de la enfermedad (por ejemplo, infecciones oportunistas, queilitis angular, úlceras inespecíficas, eritema multiforme, etc.) e, incluso, con alteraciones no relacionadas pero que pudiesen estar presentes al momento del diagnóstico o en fases posteriores, como la lengua geográfica y otras modificaciones del revestimiento lingual (la mal llamada “lengua COVID-19” por algunos).

Hasta ahora existen más de 60 artículos publicados de “lesiones bucales asociadas con COVID-19”, en la mayor parte de los cuales no se hace el análisis acerca de su posible patogénesis, pero, de acuerdo con las descripciones realizadas, se puede concluir que la mayor parte corresponde a lesiones secundarias a los síntomas sistémicos o al efecto de los medicamentos prescritos para intentar su control. Con excepción de los trastornos en la percepción de los sabores (disgeusia, hipogeusia y ageusia), que se mencionan como uno de los síntomas más frecuentes entre los pacientes infectados (hasta en 45% en algunas series), sólo dos o tres reportes han mostrado evidencias objetivas (histopatológicas e inmunohistoquímicas) de la producción en la mucosa bucal de lesiones primarias originadas por infección epitelial, glandular, lesión vascular o coagulopatía, traducidas éstas en lesiones vesículo-erosivas, ampollas hemorrágicas, úlceras con bordes isquémicos, lesiones de aspecto equimótico y petequial y sialoadenitis, por lo que se sugiere que éstas pueden ser de muy baja frecuencia y aún se desconoce si tienen algún valor pronóstico o si ocurren en etapas específicas de la enfermedad. De manera similar a lo observado con pacientes VIH positivos, cabe esperar también que la respuesta inmunológica pudiese determinar la expresión

de las diversas manifestaciones bucales en los pacientes infectados por SARS-CoV-2, pero hasta en tanto no sea posible realizar el examen estomatológico completo a todos los enfermos y contar con criterios diagnósticos claros y bien consensuados, la respuesta dependerá de los trabajos colaborativos.

Hoy sabemos que el tropismo del SARS-CoV-2 por receptores ECA-2 en las glándulas salivales favorece la descarga de grandes cantidades del virus en saliva, lo que convierte a este fluido en un agente potencialmente patogénico para lesiones bucales y en transmisor de la enfermedad, y a la estomatología en una profesión con

elevado riesgo de infección si no se aplican las lecciones aprendidas en pandemias previas, cuando el conocimiento generado de los mecanismos de transmisión de enfermedades a través de sangre y saliva, especialmente hepatitis B y enfermedad por VIH dio lugar al enorme desarrollo de los diversos métodos y equipos de protección profesional que hoy utilizamos de manera rutinaria y nos permiten enfrentar en mejores condiciones el retorno gradual a la actividad asistencial, elemento fundamental para desarrollar investigación que permita conocer de manera más clara la patogénesis de las alteraciones bucales asociadas con esta nueva enfermedad.