



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

**“MANEJO PALIATIVO DE MANIFESTACIONES
ESTOMATOLÓGICAS EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO
CON LEUCEMIA EN ETAPA TERMINAL.
REPORTE DE CASO CLÍNICO”**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

PRESENTA:

DRA. LORENA GUADALUPE RIVERA FLORES

TUTOR:


DR. EDUARDO DE LA TEJA ÁNGELES

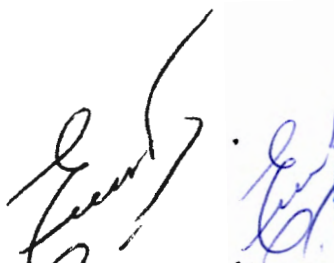


**'MANEJO PALIATIVO DE MANIFESTACIONES ESTOMATOLÓGICAS EN UN
PACIENTE PEDIÁTRICO CON LEUCEMIA EN ETAPA TERMINAL.
REPORTE DE CASO CLÍNICO'**


DRA. ROSAURA ROSAS VARGAS
DIRECTORA DE ENSEÑANZA


DR. MANUEL ENRIQUE FLORES LANDERO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PRE Y POSGRADO


DR. EDUARDO DE LA TEJA ÁNGELES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESTOMATOLOGÍA PEDIÁTRICA


DR. EDUARDO DE LA TEJA ÁNGELES
TUTOR DE TESIS



RESUMEN

Los cuidados paliativos en México son programas de asistencia que surgen a partir de la atención de los pacientes con cáncer en la fase terminal de su enfermedad, evitan el sufrimiento del enfermo, aceptan los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo, controlan el dolor y atienden los aspectos psicosociales y espirituales. El estomatólogo pediatra debe estar capacitado para poder ofrecer atención de su especialidad, como parte del equipo multidisciplinario de cuidados paliativos, y eliminar cualquier factor que pueda desencadenar dolor, infección o hemorragia, y otros síntomas bucales habituales en estos pacientes. Se informa el caso de un paciente pediátrico con leucemia aguda linfoblástica en fase terminal y la intervención de cada uno de los servicios tratantes, incluyendo estomatología, para otorgar al paciente confort y bienestar en los últimos días de vida.

Palabras Clave: Cuidados paliativo, fase terminal, cuidados de cavidad oral, atención multidisciplinaria.

ABSTRACT

Palliative care in Mexico is based on assistance programs originated from the care of cancer patients in the terminal phase of their illness, directed to prevent suffering, accept the limits between curative and palliative treatment, pain control and attend the psychosocial and spiritual aspects. The pediatric dentistry is responsible for providing dental care as part of a multidisciplinary palliative care team and eliminate any factor that causes pain, infection or bleeding, and other common oral symptoms in these patients. We present the case of a pediatric patient with lymphoblastic leukemia in terminal phase and the intervention of each member of the multidisciplinary team including stomatology to provide comfort and improving the quality of life in the last days of life.

Key Words: Palliative care, terminal phase, care of mouth, multidisciplinary approach

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como la atención activa de los pacientes con enfermedades que no responden al tratamiento curativo, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.¹⁻⁷ Se define a la enfermedad en fase terminal a un padecimiento agudo, subagudo, o crónico de curso inexorable, sin tratamiento curativo posible y sujeto sólo a manejo paliativo.^{3,4,6,8-10}

La medicina paliativa tiene una visión integral, responde satisfactoriamente a las diversas necesidades de los pacientes en fase terminal de su enfermedad y ofrece la posibilidad de morir dignamente.^{2-4,6,11} En México, el cáncer representa un grave y creciente problema de salud pública, constituye una de las principales causas de morbimortalidad en niños.^{2,3,6} Las leucemias son la forma más frecuente de cáncer en pacientes pediátricos, seguidas de los tumores del sistema nervioso central, de los linfomas, osteosarcomas y retinoblastomas.^{3,8}

En el Instituto Nacional de Pediatría, en el periodo del 2010 al 2013, se han atendido por la consulta externa 900 pacientes y en hospitalización a 377 pacientes con el diagnóstico de leucemia aguda linfoblástica; de éstos, 52 se consideraron en etapa terminal de su enfermedad e ingresaron al Programa de Cuidados Paliativos de esta institución. (Estadística INP, observaciones no publicadas)

Los problemas orales son complicaciones comunes de tratamientos contra el cáncer y son muy frecuentes en los pacientes de cuidados paliativos.^{12,13-15} (Cuadro 1) Es por lo anterior que la presencia del estomatólogo pediatra se hace necesaria en la atención a los pacientes en cuidados paliativos, debido a que pueden existir trastornos, complicaciones o condiciones sistémicas que repercuten directamente en el sistema estomatognático, así como las patologías propias de la cavidad bucal que, en condiciones críticas, son de alto riesgo y complican el tratamiento médico e incluso lo condicionan al fracaso.^{12,16}

ESTUDIO	TIPO DE POBLACIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	BOCA SECA %	MALESTAR BUCAL %	ALTERACIÓN DEL GUSTO %	DIFICULTAD PARA MASTICAR %	DIFICULTAD PARA DEGLUTIR %	DIFICULTAD PARA HABLAR %
Gordon et al 1985	Hospitalizados N= 30	62	55	31	52	0	59
Aldred et al 1991	Hospitalizados N= 20	58	42	26	0	37	0
Jobbins et al 1992	Hospitalizados N= 197	77	33	37	0	35	0
Davies 2000	Hospitalizados N= 120	78	46	44	23	23	31

Cuadro 1. Síntomas orales frecuentes en pacientes oncológicos en la fase terminal de su enfermedad.

Las consecuencias de una cavidad bucal insalubre o dolorosa son significativas, no sólo hay consecuencias físicas de la ingesta oral reducida y la pérdida de peso, además, puede haber efectos psicológicos, debido a la alteración de la comunicación, los sentimientos de exclusión y el aislamiento social.^{14,15,17,18}

En general, los tratamientos paliativos se clasifican en:

- 1) Específicos- Son aquellos que varían de acuerdo a la naturaleza propia de cada enfermedad. Ejemplos: cirugía, radioterapia, o quimioterapia para control del dolor por tumor óseo; o administración de toxina botulínica para el tratamiento de la espasticidad en enfermedades degenerativas.
- 2) Inespecíficos- Aquellas medidas que son aplicables a cualquier paciente que se encuentra con enfermedad en la etapa terminal o condición de vida limitada, sin depender de la etiología particular. Ejemplos: Analgesia, tratamiento para la depresión, ansiedad, insomnio, anorexia, infecciones, vómito, constipación, escaras, rehabilitación física, psicológica y social, manejo de otros síntomas y signos orgánicos.

En este sentido, las intervenciones que el estomatólogo realiza pretenden que el paciente recupere las funciones bucales básicas (masticación, fonación, deglución, succión), mejore su calidad de vida controlando y eliminando procesos dolorosos, hemorrágicos e infecciosos en tejidos blandos y duros de cavidad bucal y se centran fundamentalmente en que una buena higiene es el aspecto más importante para la integridad oral.^{12,13,15,18,19}

En este manuscrito se informa el caso de un paciente con leucemia linfoblástica aguda en etapa terminal, con sintomatología por complicaciones a nivel bucal y su tratamiento.

CASO CLÍNICO

Niño de 6 años de edad, con diagnóstico de base de leucemia aguda linfoblástica pre B de alto riesgo por carga tumoral, detectado en mayo del 2010. Recibió tratamiento de quimioterapia en otra institución; sin embargo, pierde la atención y acude al Instituto Nacional de Pediatría para continuar su manejo y tratamiento en noviembre del 2011.

Al ingreso a este Instituto se encontraba en el mes 17 de remisión completa continua. Mediante el servicio de Hematología, inicia quimioterapia de reinducción y se detecta recaída a medula ósea. Debido a que el paciente ya presentaba múltiples recaídas durante el tratamiento quimioterápico y la elevada carga tumoral, el servicio tratante consideró falla terapéutica y solicitó interconsulta al servicio de Cuidados Paliativos. Dicha unidad valoró el caso y realizó entrevistas con el familiar a cargo, el paciente y los médicos tratantes, los cuales determinaron otorgar el tratamiento paliativo. Se le informó al familiar responsable y se solicitó la carta de consentimiento informado, en la que se indica que el paciente recibirá tratamiento que proporcione confort y bienestar, contra el dolor, fiebre, procesos infecciosos, sangrado, transfusiones si son necesarias, sedante y analgésico a dosis respuesta y se evitará la intubación orotraqueal y reanimación cardiopulmonar.

El médico a cargo solicitó interconsulta con el servicio de Estomatología, pues la madre refirió que al realizar higiene de cavidad bucal con gasa húmeda notó

sangrado en encía, así como exfoliación de un órgano dentario. El pediatra refirió que el paciente presentó lesiones en el paladar, que han incrementado de tamaño, con zonas necróticas y diagnóstico probable de Aspergilosis.²⁰ A la exploración física se observó que el paciente presentaba mal estado general y palidez generalizada. En la exploración intraoral el paciente presentó coagulo exofítico (Fig. 1), sangrado activo y mucosas pálidas. La biometría hemática reportó hemoglobina 7.2 g/dL, hematocrito 20%, leucocitos 18, 200 / mm³, neutrofilos 0 / mm³, linfocitos 1300/mm³ y plaquetas 49, 000/mm³; tiempos de coagulación con TP 13.9", INR 1.16, TPT 39.4".



Fig. 1. A la exploración intraoral se observa coagulo exofítico relacionado a sangrado en paladar duro del lado derecho.

Después de la exploración, se comentó con el médico responsable que era necesario retirar coagulo exofítico para determinar origen de la hemorragia, por lo que el servicio de Hematología decidió trasfundir concentrado plaquetario. Al remover el coagulo exofítico (Fig. 2) se encontró el origen del sangrado activo en encía insertada y paladar de incisivo lateral a segundo molar superior derecho, movilidad de incisivo lateral superior derecho y ausencia clínica de primer molar superior derecho, órganos dentarios correspondientes a la formula temporal, por lo que se realizó hemostasia con medios físicos fríos y gases impregnadas de subsalicilato de bismuto por 8 minutos (Fig. 3), con lo que la hemorragia cedió. (Fig. 4)



Fig 2. Persistencia de sangrado activo.



Fig. 3 Hemostasia a base de presión y subsalicilato de bismuto posterior a la remoción de coagulo.



Fig 4. Cese de la hemorragia con el uso de medidas paliativas.

Debido a que el paciente no estaba en condiciones sistémicas favorables para realizar biopsia excisional de lesiones necróticas en paladar para determinar la presencia de alguna infección oportunista, se decidió mantener en vigilancia y observación de lesiones y sintomatología de cavidad oral; se dieron medidas generales de hidratación a base de hielo triturado y humectación constante de labios; dieta blanda en consistencia, fría, libre de irritantes y se instruyó al familiar a cargo para realizar técnica de higiene a base de gasa húmeda; se informó sobre los datos de alarma, principalmente la persistencia de hemorragia. Se observó la evolución del paciente, para vigilancia de movilidad de incisivo lateral superior derecho temporal y para el soporte y aclaración de dudas del familiar. El paciente se mantuvo asintomático de cavidad oral.

El servicio tratante indicó administración de antifúngico de forma sistémica para cobertura de probable infección oportunista. Posteriormente, el menor mostró empeoramiento del estado general, por lo que se indicó sedación, aplicación de oxígeno con mascarilla y morfina; en las horas subsecuentes el paciente fallece. El familiar a cargo se encontró en estado de aceptación y el servicio de cuidados paliativos brindó apoyo emocional.

DISCUSIÓN

Garduño y Cols. mencionan que la atención de pacientes en la etapa terminal de su enfermedad es multidisciplinaria ^{1-3,6,8,10} En el presente artículo se considera que el estomatólogo pediatra debe ser capaz de diagnosticar, tratar y aplicar medidas paliativas para los padecimientos bucodentales en estos pacientes. El manejo estomatológico de pacientes pediátricos en cuidados paliativos consiste en: 1) Manejo hospitalario: en el que se realizan visitas a piso para identificar factores de riesgo que pongan en peligro la integridad bucal, así como la colocación, vigilancia mantenimiento y uso de dispositivos intraorales auxiliares,¹⁹ y de control de higiene de forma individualizada. 2) Manejo domiciliario: consiste en poder ofrecer atención estomatológica en el hogar del paciente, así como línea telefónica de consulta en caso de emergencia.^{3,6,10}

En el caso clínico presentado el familiar a cargo del menor decidió que el paciente se manejara de forma hospitalaria para recibir una vigilancia estrecha de parte de sus médicos; sin embargo, Chirino y Gamboa consideran que si el paciente se estabiliza, el programa puede continuar de forma ambulatoria, o por visita domiciliaria.⁴

Actualmente, existen diferentes sustancias que se utilizan con la finalidad de lograr hemostasia; Reyes y Castro y Mora y Trujillo demostraron la seguridad del uso de subsalicilato de bismuto, como agente eficaz en el control de la hemorragia postextracción de terceros molares, ya que permite la liberación de fosfolípidos plaquetarios y actúa directamente en el factor XII de la cascada de coagulación iniciando la vía intrínseca de la misma.^{21,22} En este caso se comprobó el efecto hemostático local de las sales de bismuto en tejidos blandos de cavidad oral en un paciente inmunocomprometido.

Recomendaciones para atención estomatológica

Dolor

El punto clave para el éxito del manejo de la sintomatología dolorosa es la correcta identificación de la causa (origen dental o de tejidos blandos), así como determinar la intensidad, localización del mismo y tolerancia a la vía oral. La valoración de cada caso de forma individualizada es fundamental para decidir la intervención activa para la resolución del problema de forma radical (drenajes quirúrgicos, tratamientos periodontales quirúrgicos, extracciones), o el manejo meramente paliativo (control del dolor de manera tópica o sistémica) de afectaciones de tejidos blandos, frecuentes en estos pacientes, que incluyen la xerostomía, mucositis, y úlceras orales, algunas de las medidas paliativas que se pueden aplicar son: cambios en la consistencia y temperatura de la dieta, hidratación constante mediante sorbos de agua o de pequeños trozos de hielo, modificación de técnica de higiene mediante uso de cepillos de cerdas suaves y gasa húmeda, empleo de enjuagues bucales sin alcohol, uso de agentes antisépticos, lubricación y humectación constante de labios con petrolato puro, aplicación tópica de solución a base de hidróxido de aluminio, hidróxido de magnesio y dimeticona en

suspensión con difenhidramina, colocación de dispositivos intraorales auxiliares (protectores bucales, guardas), y en tejidos duros, la aplicación de odontología de mínima invasión y materiales remineralizantes, así como considerar el uso de analgésicos. ^{12,16,13,14,17,19,23}

Infección

En el caso de que el paciente este cursando con algún proceso infeccioso en cavidad oral, se debe determinar la causa para tener un correcto diagnóstico y valorar la eliminación ponderando el riesgo que se toma, así como el beneficio que se obtendrá con el tratamiento, que puede ser radical (extracción) o sólo se tomaran medidas paliativas (ej. drenaje de abscesos), uso de antibioticoterapia, antifúngicos, antiinflamatorios y analgésicos a dosis respuesta. ^{12,16,13,14,17,19, 23}

Hemorragia

En caso de hemorragia de cavidad oral se debe identificar la causa y determinar la localización y extensión de la misma. Es importante la valoración de estudios complementarios de laboratorio como biometría hemática y tiempos de coagulación, así como del estado general del paciente, para determinar si ésta debe ser manejada sistémicamente en conjunto con el médico tratante mediante el empleo de transfusiones. Los métodos locales son: medios físicos fríos (presión mediante gasas húmedas, uso de subsalicilato de bismuto), o en caso de ser necesario el empleo de hemostáticos locales (espuma de gelatina, celulosa oxidada), o colocación de puntos de sutura. En caso de sangrados profusos e incontrolables es indispensable usar compresas de color azul o verde al limpiar la sangre, para disminuir el impacto del color rojo, sobre la sábana blanca, que impone en los pacientes y familiares, así como mantenerlos informados en todo momento acerca de los procedimientos que se realizarán. ^{12,16,13,14,17,19,23}

Centro de atención telefónica

El Manejo domiciliario consiste en ofrecer atención estomatológica en la cama del paciente, así como proporcionar a familiar a cargo una guía informativa para los

cuidados de cavidad oral en casa, donde se señalan las principales manifestaciones estomatológicas en los pacientes con enfermedad en fase terminal y las posibles medidas paliativas que pueden ser útiles para el control de las mismas. Se cuenta con una línea telefónica de apoyo a familiares en caso de emergencia o duda, la cual es atendida por el estomatólogo pediatra capacitado, quien se encarga de brindar y guiar a los familiares a través de sus dudas o inquietudes; otorga paso por paso las medidas paliativas útiles para cada caso y sobretodo colabora a mantener la calma y disminuir la ansiedad del paciente y su familia, evitando traslados innecesarios al área de urgencias en situaciones que pueden ser resueltas en casa, o de otro modo programar una visita domiciliaria por parte del estomatólogo pediatra visitador y lograr la resolución del caso.^{4,6,8,11}

CONCLUSIONES

El desarrollo de los cuidados paliativos pediátricos, incluyendo el área de estomatología, y una adecuada comprensión de los mismos, es necesario para la atención digna que requiere un paciente con enfermedad en fase terminal.

Los cuidados paliativos por parte de la estomatología pediátrica proveen alivio del dolor y otros síntomas, se dirigen principalmente a proporcionar el mayor confort posible, y colaboran para lograr la alimentación de forma natural a complacencia de niños con enfermedad en la fase final, para que el paciente disfrute en la manera de lo posible sus alimentos.

El estomatólogo pediatra ofrece un sistema de soporte para ayudar al paciente en estado terminal a vivir lo más activo posible, instruye y capacita a los padres y cuidadores en el mantenimiento de la salud bucal y acompaña a los niños y sus familias en uno de los aspectos más profundos de la vida, que es el proceso de morir.

Agradecimiento: Al Dr. Armando Garduño Espinosa Jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Pediatría por su valiosa colaboración para la realización de este artículo.

REFERENCIAS

- 1- Garduño EA, Ham MO. Atención a los Niños con Cáncer en Etapa Terminal. *Rev Mex Pediatr*. 2006;73(1):33-38.
- 2- Garduño EA, Ham MO, Méndez VJ, Niembro ZA, Pando CJ, Martínez BR, et al. Decisiones Médicas al Final de la Vida. Recomendaciones para la Atención a Pacientes con Enfermedades en Estado Terminal. *Acta Pediatr Mex*. 2006;27(5):307-16.
- 3- Garduño EA, Ham MO, Cruz CA, Díaz GE, Reyes LC. Decisiones Médicas al Final de la Vida de los niños. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2010;(67):281-292.
- 4- Chirino B, Gamboa M. Cuidados Paliativos en Pediatría. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2010;(67):270-280.
- 5- González C, Méndez J, Romero J, Bustamente J, Castro R, Jiménez M. Cuidados Paliativos en México. *Rev Med Hosp Gen Mex*. 2012;75(3):173-179.
- 6- Garduño EA. Cuidados y atención del paciente en la UCP. En: Garduño EA. *Cuidados Paliativos en Pediatría*. México: Trillas; 2011.p. 35-53.
- 7- Theunissen JM, Hoogerbrugge PM, Prins JB, Dassen MJ, Ende CH. Symptoms in the Palliative Phase of Children with Cancer. *Pediatr Blood Cancer*. 2007;49(2):160-165.
- 8- Garduño EA, Ham MO, Méndez VJ, Rodríguez GJ, Díaz GE, Reyes LC. Experiencias en Cuidados Paliativos en el Instituto Nacional de Pediatría. *Rev Mex Pediatr* 2009;76(2):75-80.
- 9- Salazar GT, Méndez XG, Ponce GG, Garduño OC, Muerte Digna o Ensañamiento Terapéutico: una Reflexión para Profesionales de la Salud. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. 2008; 1(5):35-40.
- 10- Garduño EA, Cuidados Paliativos en niños. Atención a pacientes con enfermedad terminal. *Acta Pediatr Mex*. 2004;25(3)1-3.
- 11- Cuellar R.A. Unidad Pediátrica de Cuidados Paliativos Instituto Nacional de Pediatría. *Acta Pediatr Mex*. 2009;30(5):239-241.

- 12- Gillam JL, Gillam DG. The assessment and Implementation of Mouth Care In Palliative Care; A Review. *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health*. 2006;126(1):33-37.
- 13- Milligan S, McGil M, Sweeney M. Oral Care for People With Advanced Cancer an Evidence, based Protocol International. *Journal of Palliative Nursing*. 2001;7(9):418-426.
- 14- Jobbins J, Bagg J, Finlay G. Oral and Dental Disease in Terminally Ill Cancer Patients. *BMJ*. 1992;304(6842):1612.
- 15- Dahlin C. Oral Complications at the End of Life. *AJN*. 2004;104(7):40-47.
- 16- Wiseman M. The Treatment of Oral Problems in the Palliative Patient. *JCDA*. 2006;72(5):453-458.
- 17- Couch E, Mead JM, Walsh MM. Oral Health Perceptions of Pediatric Palliative Care Nursing Staff. *Int. J Palliat Nurs*. 2013;19(1):9-15.
- 18- De la Teja AE, Durán GA, Espinosa VL, Ramírez MJ. Manifestaciones estomatológicas de los trastornos sistémicos más frecuentes en el Instituto Nacional de Pediatría. Revisión de la literatura y estadísticas del instituto. *Acta Pediatr Mex*. 2008;29(4):189-99.
- 19- De la Teja AE, Zurita BY, Duran GA. Dispositivos Intraorales: Guardas Oclusales y Férulas para Pacientes en Estado Crítico. Experiencia del Instituto Nacional de Pediatría. *Acta Pediatr Mex*. 2012;33(4):191-197.
- 20- Vázquez TO, Campos RT, López SN, Martínez BI. Aspergilosis Palatina en Pacientes con Leucemia: Tres casos Pediátricos. *Revista Mexicana de Patología Clínica*. 2000; 47 (2): 110-115.
- 21- Reyes VJ, Castro MJ. Uso del Subsalicilato de bismuto como hemostático postextracción de terceros molares retenidos. *Med. Oral*. 2009;XI(1):19-24.
- 22- Mora LT, Trujillo FJ, Mora SJ. Eficacia y seguridad de la aplicación de subgalato y subsalicilato de bismuto como agentes hemostáticos después de la extracción quirúrgica de terceros molares. *Revista ADM*. 2003; IX (3): 90-94.
- 23- De la Teja AE, Cadena GA, Téllez RJ, Duran GA. El Pediatra ante las urgencias estomatológicas. *Acta Pediatr Mex*. 2007;28(1):21-27.