

EVALUACION DEL ESTADO BUCAL EN FUNCION DE LOS TRANSPLANTES DE ORGANOS

Dr. Stvrtecky Roberto

Jefe del Departamento Odontológico
del Hospital Aeronáutico Central

Dra. Borgetti Zulma

Cirujana BM.

Introducción

Sin temor a equivocarnos, podemos decir, que los trasplantes de órganos gracias a los avances científicos y técnicos han evolucionado considerablemente.

A partir de la década del 50 se comienzan a practicar en humanos, el más difundido, es el de riñón, a partir de 1970, la sobrevivencia de los transplantados de riñón es una constante, en esto ayuda el advenimiento de nuevas drogas inmunosupresoras, la política de transfusiones sanguíneas previas y la mejor modulación inmunológica. Superados los problemas técnicos, la base del éxito en un transplantado es el "control de rechazo" por parte del receptor de un órgano, proveniente ya sea de un dador cadavérico o de un dador vivo relacionado compatible.

Este "rechazo" es la resultante de una serie de reacciones que produce un organismo determinado contra un órgano proveniente de otro individuo de la misma especie (aloinjerto), pero de diferente genotipo.

Es decir, que el implante de un antígeno extraño provoca en el huésped una respuesta inmune que tiene por objeto eliminarlo. Por lo tanto, se puede afirmar que el rechazo está determinado por factores genéticos y que la sobrevivencia del injerto está en relación directa con la mayor similitud antigénica entre receptor y dador.(3)

Desde este punto de vista, la región que controla el injerto es el sistema de mayor histocompatibilidad ubicado en el brazo corto del cromosoma 6 y denominado sistema H.L.A.

Por lo tanto, cada vez que se practica un trasplante, salvo el caso de los gemelos univitelinos, es necesario recurrir a algún medio capaz de deprimir la respuesta inmunitaria adquirida por parte del huésped a la incorporación de un antígeno foráneo.(2)

Para lograr este postulado es que se utilizan drogas inmunosupresoras, como corticoides, azatioprina, ciclosporina A, sueros antilinfocíticos o timocítico, alguna forma de depleción linfocitaria (drenaje del conducto torácico) y en algunos casos las radiaciones.

Todos estos medios tienen una acción polivalente y no sólo deprimen aquella respuesta indeseable para el éxito de un trasplante, sino que también actúan produciendo una depresión global del sistema inmune. Disminuyendo las posibilidades de defensa contra infecciones de cualquier tipo o aumentando los riesgos de contraer linfomas o leucemias, además de alteraciones orgánicas por su uso continuado (mayor incidencia de cataratas, diabetes corticoidea, hepatopatías, etc.) hasta tanto no se cuente con una inmunosupresión más específica, se hace necesario realizar una muy cuidadosa selección de los receptores de injertos.

Esta selección exige descartar la presencia de **focos sépticos o infección activa de cualquier origen, previa al trasplante.**(1)

A tal punto llega el rigor de esta aseveración que si la infección existe y no puede ser controlada el trasplante está contraindicado. No proceder de esta manera significa la posibilidad de desarrollar una sépsis en el postoperatorio, no siempre controlable y, por otra parte, la responsable de la mayor mortalidad y morbilidad del paciente.

Es por eso que dentro de la sistemática de estudio de un posible receptor figura descartar focos potencialmente sépticos o sépticos de la cavidad bucal.(4)

Pacientes estudiados

Entre los años 1981 y 1993 fueron remitidos de la unidad de trasplante renal (UTR) del Hospital Aeronáutico Central, al servicio de cirugía bucomaxilofacial (CBMF) 100 pacientes para detectar focos sépticos odontógenos. En este mismo lapso se hicieron 80 trasplantes renales en esa UTR, y 19 fueron estudiados por otra UTR.

Estudios clínicos y radiológicos aconsejables

Examen clínico bucal.

Pruebas para determinar la vitalidad pulpar.

Rx. panorámica.

Rx. seriada (14 placas), de ser necesario mentonasoplaca.

Los pacientes estudiados manifestaron la patología que exponemos a continuación: 22 piezas dentarias retenidas con posibilidad de comunicación con la cavidad bucal.

19 piezas dentarias con sintomatología de pulpitis.

30 piezas dentarias con patología periodontal.

23 piezas dentarias con tratamiento endodóntico.

10 procesos periapicales.

20 restos radiculares.

8 periodontitis.

6 necrosis pulpar.

Crterios para el tratamiento de la patología bucomaxilofacial

Las piezas dentarias retenidas que están en comunicación con la cavidad bucal deben extraerse.

Los tratamientos endodónticos deben ser considerados piezas potencialmente sépticas, como así también las pulpitis, debiendo extraerse si queremos un 100% de seguridad para nuestros pacientes, de no ser así es imperioso estar en contacto con el profesional que controla la inmunosupresión a los efectos de realizar la extracción en el postoperatorio inmediato si existen signos de bacteriemia.

Las piezas dentarias con problemas periodontales se tratarán o se extraerán de acuerdo a la gravedad del caso, igual temperamento se seguirá con los procesos periapicales y restos radiculares.

Los pacientes estudiados en otros centros de trasplantes, remitidos para ser operados en nuestra UTR, presentaron cuadro febril en el postoperatorio inmediato al trasplante renal. Dentro de las 24 hs. de haberse realizado a uno 10 extraccio-

nes dentarias (5 por enfermedad periodontal, 3 restos radiculares, 2 necrosis pulpar) y a otro de los pacientes 1 molar retenido y al tercero un tratamiento de conducto, remitieron su cuadro febril.

Resumen

Los pacientes sometidos a trasplante renal reciben inmunosupresión. La misma permite el desarrollo de sépsis a partir de focos sépticos o potencialmente sépticos preexistente, es por eso necesario evaluar correctamente el estado bucal de los pacientes que van a ser trasplantados.

Summary

Patients submitted to renal transplantation must receive immunosuppression.

The immunosuppression allows the development of sepsis out from previous septic focus.

In this report we analyze the significance in the detection of septic focus or potentially septic, from the buccal cavity, before renal transplantations are carried out.

BIBLIOGRAFIA

1 - Eichkoff, T.C.: Infectious complications in renal transplant Recipients. *Transp.Proc.*, 5:1233-1238, 1973.

2 - Greenberg, M.S.: Oral infections ins. renal transplant patient. *Oral Sur.*, 6:879-885, 1977.

3 - Krekeler, G.et al.: Inflammatory pathology in dental system in renal transplantation. *Int J.OralSurg.*, 9:383-386, 1980.

4 - Morse, F.W.et al.: Follow up studies of root-filled teeth in relation to bacteriologic findings. *Jour.A.D.A.*, 6:956-971, 1941.

5 - Rodriguez, V.et al.: Bacterial infeccions in ims.patients, diagnosis and managaement. *Transplant.Proc.*, 5:1249, 1973.

Dirección de los Autores: Vicente López 1931 - 1º "B" - Capital Federal (CP.1128)

RX-DENTAL

CONSULTORIO DE RADIOLOGIA ODONTOLOGICA

INTRAORALES - PANORAMICAS - TELERRADIOGRAFIAS - CAVUM
SENOS PARANASALES - CONDILOGRAFIAS
ESTUDIOS CEFALOMETRICOS COMPUTARIZADOS

Lunes a Viernes de 9 a 12 y de 15 a 20 Hs. Sábados de 9 a 12 Hs.

Calle 7 N° 943 - (esq. 51) 2º Piso

Tel.: 24-4917

La Plata