

La odontopediatría en tiempos de COVID-19

Pediatric dentistry in times of COVID-19

Agustín Tíol-Carrillo.*

RESUMEN

La pandemia por COVID-19 produjo una gran cantidad de contagios y muertes durante el año 2020; sin embargo, la literatura disponible acerca de la infección por coronavirus en niños es escasa. Si bien, los niños son generalmente asintomáticos frente a la infección por COVID-19, el riesgo de contagio a pacientes adultos es extremadamente alto; por tanto, las medidas de protección de los médicos y odontólogos pediatras deben ser prioritarias. El objetivo del presente artículo es mencionar factores importantes a considerar para la atención dental de los pacientes pediátricos durante la pandemia por COVID-19.

Palabras clave: COVID-19 en niños, control de infecciones en odontopediatría, coronavirus en odontopediatría.

ABSTRACT

COVID-19 pandemic produced a large number of infections and deaths during 2020; however, the available literature about coronavirus infection in children is scarce. Although children are generally asymptomatic in the face of COVID-19 infection, the risk of contagion to adult patients is extremely high; therefore, the protection measures of pediatric doctors and dentists should be a priority. The aim of this article is to mention important factors to consider for dental care of pediatric patients during the COVID-19 pandemic.

Key words: COVID-19 in children, infection control in pediatric dentistry, coronavirus in pediatric dentistry.

INTRODUCCIÓN

A un año del inicio de la pandemia por el COVID-19, aún quedan muchas preguntas que responder. Poco se ha hablado de la infección por coronavirus en los niños, y mucho menos aún, sobre la atención odontológica de los pacientes pediátricos infectados. Dada su fácil transmisión de persona a persona y la peligrosidad de su patogenia, la infección por COVID-19 ha sido un tema de gran impacto tanto a nivel nacional como internacional. Los coronavirus, identificados por primera vez en 1965 por Tyrell y Bynoe, reciben este nombre por las proyecciones estructurales en su superficie

que recuerdan a una corona. Son virus que afectan tanto al ser humano como a diferentes especies animales; sin embargo, en el ser humano se vinculan exclusivamente con infecciones respiratorias.^{1,2}

No todos los pacientes infectados desarrollan signos y síntomas de gravedad, la neumonía severa causada por COVID-19 se asocia a una rápida replicación del virus, proceso inflamatorio celular masivo y una elevada respuesta inflamatoria mediada por citocinas y/o quimiocinas, que producen en algunos casos, lesiones pulmonares graves con su subsecuente síndrome respiratorio agudo severo (SARS, por sus siglas en inglés).³

* Especialista en Estomatología Pediátrica del Instituto Nacional de Pediatría. Profesor de tiempo completo en UAM-Xochimilco.

De conformidad con la poca literatura disponible en pediatría, se ha observado que la frecuencia del COVID-19 es menor en niños con respecto a los adultos; no obstante, resulta importante mencionar que los niños no son inmunes a este patógeno. Los motivos por los cuales los niños no son blanco del COVID-19 no son del todo comprendidos. Se cree que la población pediátrica es menos susceptible que los adultos pues se encuentran comúnmente en casa, lo cual, disminuye notablemente la oportunidad de exponerse al patógeno o a pacientes enfermos. Además, la proteína S del virus tiene como receptor a la enzima convertidora de angiotensina, siendo este un factor clave para que se establezca la infección, y la población pediátrica presenta inmadurez en esta enzima; por tanto, los niños son mucho menos susceptibles al desarrollo de esta enfermedad y a presentar manifestaciones graves de la misma.^{4,5}

Epidemiología

Debido a la pobre literatura disponible sobre COVID-19 en pediatría, solo existen registros epidemiológicos aislados de algunos países. En China, país donde se presume que comenzó esta enfermedad infecciosa, se registraron 2,143 pacientes pediátricos; sin embargo, 731 (34%) de ellos resultaron positivos, con una edad media de siete años. Cabe resaltar que la mayoría de estos casos se consideraron como leves, existiendo únicamente una defunción en un paciente de 14 años.^{5,6}

En otro estudio realizado en Italia, se analizaron 22,512 casos, de los cuales el 1.2% fue en población pediátrica. Mientras que en Estados Unidos se reportaron 4,226 casos y de estos el 5% correspondió a niños.⁷

Según un artículo de *UNICEF*, y aún sin cifras oficiales, se estima que en México al mes de noviembre de 2020 han habido alrededor de 40,000 niños hospitalizados, de los que 386 perdieron la vida.⁸

Fisiopatología del COVID-19 en pacientes pediátricos

Como ya se mencionó, la infección por COVID-19 genera en los niños una sintomatología inespecífica y en la mayoría de las veces subclínica.

En su forma más leve, la infección por coronavirus en niños produce síntomas como infección de vías aéreas superiores, fiebre, tos productiva o no, odinofagia, anorexia, malestar general, mialgias, disnea, congestión nasal y cefaleas. Menos frecuentes son las diarreas, náuseas y vómitos.

Por el contrario, la infección por coronavirus en su forma más grave produce, además de ataque al estado general, cianosis, hiporexia, hipoactividad, anorexia, aumento de la frecuencia respiratoria acorde con la edad, además de una frecuencia respiratoria mayor a 30 respiraciones por minuto, insuficiencia respiratoria severa y/o una disminución en la saturación de oxígeno por debajo de 90%.^{5,9}

De acuerdo con la literatura actual, los niños con casos confirmados por COVID-19 tienden a recuperarse al cabo de una a dos semanas.⁹⁻¹¹

No hay que olvidar que los niños con comorbilidades, sin duda, están mucho más predispuestos a desarrollar síntomas más graves tras la infección por COVID-19, entre las que se encuentran mal estado general, pacientes con VIH, trasplantados, inmunosuprimidos, en tratamiento de quimioterapia, con alguna inmunodeficiencia primaria, cardiopatías congénitas, fibrosis quística, asma grave, insuficiencia renal, diabetes tipo 1, desnutrición y errores innatos del metabolismo.⁵

Consideraciones en la atención odontológica del paciente pediátrico en tiempos de COVID-19

Dentro de los principios de bioseguridad, el principio de universalidad específica que, todo paciente, sin importar de quién se trate, debe considerarse como potencialmente infeccioso.¹²

Por tal motivo, a pesar de que la literatura mencione que la infección por coronavirus en niños es poco común y no produce signos y síntomas de importancia, es bien sabido que los niños son en la mayoría de las ocasiones, portadores asintomáticos de este peligroso virus, por lo que los médicos y odontólogos pediatras deben extremar precauciones en su atención.

La historia clínica es, desde luego, el elemento clave para poder extraer y conocer los antecedentes patológicos y no patológicos de los pacientes, y este interrogatorio permitirá al odontopediatra saber si el niño presenta o ha presentado síntomas sugestivos de infección y si ha estado en contacto con algún caso positivo de COVID-19 en el entorno familiar. Toda vez que el odontopediatra detecte factores de riesgo, debe abstenerse de prestar atención al paciente hasta no confirmar o descartar de forma objetiva la presencia o ausencia de infección. Dentro de los estudios que pueden orientar al estomatólogo a sospechar de infección por coronavirus es la biometría hemática donde puede evidenciarse linfopenia, elevación de la proteína C reactiva en la química sanguínea.⁵

El uso de aerosoles es común en la consulta odontológica y pone al odontólogo en un alto riesgo de adquirir infecciones respiratorias importantes. Las gotas de saliva contaminada pueden estar diseminadas por todo el consultorio, por lo que no debe dejarse de lado una estricta sanitización de la totalidad del área clínica entre cada paciente.

Es común que durante la atención dental de pacientes pediátricos no cooperadores se produzcan durante el llanto abundantes secreciones de esputo, una de las secreciones más peligrosas que hay, a través de la cual se puede transmitir el COVID-19, por lo que el odontopediatra debe portar estrictas barreras de protección en todo momento que brinde atención a sus pacientes. Asimismo, la transmisión del coronavirus al odontopediatra se exagera tras atender pacientes portadores de aparatología ortodóntica fija o removible, elásticos intraorales.¹³

A pesar de que los pacientes se encuentren aparentemente sanos, eso no es motivo alguno para evadir las técnicas de control de infección, y es fuertemente recomendable que antes de efectuar cualquier revisión o intervención se

solicite al paciente realizar colutorios de yodopovidona al 2% o peróxido de hidrógeno al 1%, mismos que permiten disminuir la virulencia y contaminación.^{14,15}

Afortunadamente, la odontología actual de mínima invasión permite al odontopediatra utilizar todos aquellos principios no invasivos y conservadores en la atención de sus pacientes, prescindiendo de manera importante de la necesidad de usar instrumentos rotatorios y generadores de aerosoles.

CONCLUSIÓN

Durante 2020, la infección por SARS-CoV2 produjo una innumerable cantidad de contagios y una dramática cifra de muertes, y nos mostró, indudablemente, la gran labilidad del ser humano ante las nuevas cepas de microorganismos. La población pediátrica afortunadamente no desarrolla síntomas graves frente a la infección; no obstante, los niños son siempre reservorios idóneos de un sinnúmero de microorganismos que producen contagios de innumerables infecciones a los adultos, y la infección por coronavirus no es la excepción.

Los odontopediatras deben conocer los riesgos que existen al atender pacientes pediátricos potencialmente infectados durante la pandemia y tomar todas las precauciones necesarias para evitar contagios entre ellos mismos, sus asistentes y los pacientes.

REFERENCIAS

1. Van der Hoek L. Human coronaviruses, what do they cause?. International Medical Press: Antiviral Therapy. 2015; 12(4 Pt B): 651-8.
2. Ramos C. Covid-19: la nueva enfermedad causada por un coronavirus. Salud Pública de México. 2020; 62(2): 225-531.
3. Rodríguez-Herrera R, Rivera-Díaz M, Huante-Anaya A. Aspectos diagnósticos y terapéuticos en la infección por SARS-CoV2 (COVID-19) en pacientes pediátricos. Acta Pediatr Mex. 2020; 41(6): 271-85.
4. Grandy G, Terán CG, Martínez A, Volz A. Covid-19, una mirada desde la pediatría. Gac Med Bol. 2020; 43(1): 56-66.
5. Montaña-Luna VE, Pacheco Rosas DO, Vázquez Rosales JG, et al. Manejo clínico de casos pediátricos de COVID-19. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. COVID-19. 2020: 1-13.
6. Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi, X Jiang F, Jiang Z. Epidemiological characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 Coronavirus Disease in China. Pediatrics. 2020; 58(4): 712-3.
7. Ludvigsson JF. Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. Acta Paediatr. 2020; 109(6): 1088-95.
8. López MI. unicef ¿COVID-19 enferma a niñas, niños y adolescentes?. Noviembre 2020.
9. Márquez Aguirre MP, Gutiérrez Hernández A, Lizárraga López SL, et al. Espectro clínico de COVID-19, enfermedad en el paciente pediátrico. Acta Pediatr Mex. 2020; 41(Supl 1): S64-S71.
10. Acosta TJ, Pérez CM, Rodríguez PM, Morales GA. COVID-19 en pediatría: aspectos clínicos, epidemiológicos, inmunopatogenia, diagnóstico y tratamiento. Revista Cubana de Pediatría. 2020; 92(Supl. especial): e1152.
11. Hong h, Wang Y, Chung HT, Chen CJ. Clinical characteristics of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in newborns, infants and children. Pediatr Neonatol 2020; 61(2): 131-2.
12. Secretaría de Salud. Manual para la prevención y control de infecciones y riesgos profesionales en la práctica estomatológica en la República Mexicana. 2003.
13. Luzzi V, Ierardo G, Bossú M, Polimeni A. COVID-19: Pediatric Oral Health during and after pandemics. Appl. Sci. 2020; 10: 1-8.
14. Suárez SS, Campuzano R, Dona VM, Garrido CE, Gimenez MT. Recomendaciones para prevención y control de infecciones por SARS-CoV-2 en odontología. Revista Odontología 2020; 22(2): 5-32.
15. Bahramian H, Gharib B, Baghalian A. COVID-19 Considerations in pediatric dentistry. JDR Clin Trans Res 2020; 5(4): 307-11.