

Relación entre la Higiene Oral y la COVID-19 (I)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) identificó la COVID-19, causado por el virus SARS-CoV-2, como una emergencia global.

Los factores de riesgo ya identificados para desarrollar complicaciones de una infección por la COVID-19 son la edad, el sexo y las comorbilidades como diabetes, hipertensión, obesidad y enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, estos factores de riesgo no explican el otro 52% de las muertes derivadas de COVID-19 en personas a menudo aparentemente sanas.

Es común que las infecciones virales respiratorias predispongan a los pacientes a las sobreinfecciones bacterianas, lo que aumenta la gravedad y la mortalidad de la enfermedad.

Entre el 10 y el 15% de las personas menores de 60 años sin factores de riesgo presentan reacciones de moderadas a severas a la COVID-19. Si bien la COVID-19 tiene un origen viral, se sospecha que en casos severos, las superinfecciones bacterianas pueden contribuir a causar complicaciones como la neumonía y el síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA).

Existe una importante conexión entre la alta carga bacteriana en la boca y las complicaciones posvirales, mejorar la salud oral puede reducir el riesgo de complicaciones por la COVID-19.

Una alta carga bacteriana y viral en la boca puede complicar aún más las enfermedades sistémicas como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades neurodegenerativas y las enfermedades autoinmunes, lo que respalda aún más el vínculo entre la boca y el cuerpo.

La buena higiene oral ha sido reconocida como un medio para prevenir las infecciones de las vías respiratorias en pacientes, especialmente en los mayores de 70 años. La cavidad oral alberga más de 700 bacterias, virus y hongos que pueden colonizar la boca.

Los factores de riesgo establecidos para COVID-19 (edad, género y comorbilidades) también están fuertemente implicados en los desequilibrios en el microbioma oral. La diabetes, la hipertensión y las enfermedades cardíacas están asociadas con una mayor progresión de la enfermedad periodontal. Los pacientes con enfermedad periodontal tienen un riesgo 25% mayor de enfermedad cardiovascular, 38,39 triplican el riesgo de diabetes mellitus⁴⁰ y un riesgo 20% mayor de hipertensión.

Cuanto más grave es la forma de COVID-19, mayor es la posibilidad de complicaciones como neumonía, SDRA, sepsis, shock séptico y muerte. El desarrollo, la gravedad y el riesgo de complicaciones después de una infección por la COVID-19 dependen de una serie de factores del huésped y virales que afectarán la respuesta inmune de un paciente.

Es importante tener en cuenta y recordar que mantener la higiene oral, si no mejorarla, durante una infección por SARS-CoV-2 para reducir la carga bacteriana en la boca y el riesgo potencial de superinfección bacteriana.

La mala higiene bucal se considera un riesgo de complicaciones posvirales, particularmente en personas que ya están predispuestos a biofilms (son la forma natural de crecimiento de las bacterias en la cavidad oral. Los biofilm son los responsables de la caries y de las enfermedades periodontales, y presentan gran resistencia frente a los antimicrobianos) alterados debido a diabetes, hipertensión o enfermedad cardiovascular.

Las bacterias presentes en pacientes con la COVID-19 grave están asociadas con la cavidad bucal y una mejor higiene bucal puede contribuir a reducir el riesgo de complicaciones.

La relación entre la COVID-19 y la higiene oral se complica especialmente cuando el paciente presenta una disfagia.

Bibliografía consultada:

García-Peris, P., Velasco, C., & Soriano, L. F. (2012). Manejo de los pacientes con disfagia. *Nutrición Hospitalaria*, 5(1), 33-40.

Sampson, V., Kamona, N., & Sampson, A. (2020). Could there be a link between oral hygiene and the severity of SARS-CoV-2 infections?. *British Dental Journal*, 228(12), 971-975.

Fernández, O. O., & Clavé, P. (2013). Oral hygiene, aspiration, and aspiration pneumonia: from pathophysiology to therapeutic strategies. *Current Physical Medicine and Rehabilitation Reports*, 1(4), 292-295.

Chałas, R., Wójcik-Chęcińska, I., Woźniak, M. J., Grzonka, J., Świąszkowski, W., & Kurzydłowski, K. J. (2015). Dental plaque as a biofilm-a risk in oral cavity and methods to prevent. *Postępy higieny i medycyny doświadczalnej (Online)*, 69, 1140-1148.

Barroso, J. (2009). Disfagia orofaríngea y broncoaspiración. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44, 22-28.

Martín, A., Ortega, O., Roca, M., Arús, M., & Civit, P. C. (2018). Effect of a minimal-massive intervention in hospitalized older patients with oropharyngeal dysphagia: a proof of concept study. *The journal of nutrition, health & aging*, 22(6), 739-747.

Ortega, O., Martín, A., & Clavé, P. (2017). Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia among older persons, state of the art. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(7), 576-582