

Estomatitis urémica, hallazgo raro en falla renal crónica

Uremic stomatitis, a rare finding in chronic renal failure

Leonidas Carrillo-Nañez¹, Miguel Vargas-Cruz¹, Juan Carlos Zavala-Gonzales¹, Vilma Stefany Rivas-García²

Carrillo-Nañez L, Vargas-Cruz M, Zavala-Gonzales JC, Rivas-García VS. Estomatitis urémica, hallazgo raro en falla renal crónica. Rev Soc Peru Med Interna. 2023;36(4): 220 - 223. <https://doi.org/10.36393/spmi.v36i4.796>

RESUMEN

Varón de 32 años de edad con lesiones orales y con enfermedad renal crónica (ERC) con requerimiento de hemodiálisis. Al cabo de la séptima sesión de hemodiálisis, y sin tratamiento tópico de la cavidad oral, las lesiones orales remitieron en su totalidad. La estomatitis urémica es una manifestación poco frecuente en la cavidad oral que ocurre en la falla renal crónica no diagnosticada y en la forma terminal. Su etiopatogenia no está del todo aclarada; sin embargo, puede deberse al incremento de los compuestos amoniacaes. Su identificación depende de un cuidadoso examen de la cavidad oral en todo paciente urémico.

Palabras claves: Insuficiencia renal crónica. Estomatitis. Uremia. (DeCS-BIREME)

ABSTRACT

A 32-year-old male with oral lesions and chronic kidney disease (CKD) requiring hemodialysis. After the seventh hemodialysis session, and without topical treatment of the oral cavity, the oral lesions remitted completely. Uremic stomatitis is a rare manifestation in the oral cavity that occurs in undiagnosed chronic renal failure and in the terminal form. Its etiopathogenesis is not fully elucidated; however, it may be due to increased ammonia compounds. Its identification depends on a careful examination of the oral cavity in every uremic patient.

Key words: Chronic renal failure. Stomatitis. Uremia. (MeSH)

INTRODUCCIÓN

La cavidad oral es un espejo del buen estado salud y también en las enfermedades con compromiso sistémico, como la enfermedad renal crónica (ERC) que requiera

terapia de remplazo. En esta, diversas manifestaciones orales son encontradas, entre ellas alteraciones del gusto, agrandamiento gingival, xerostomía, parotiditis, hipoplasia del esmalte, erupción retardada, diversas lesiones mucosas como leucoplasia vellosa, reacciones liquenoides, ulceraciones, quelitis angular, candidiasis, estomatitis.¹ La estomatitis urémica es una manifestación poco frecuente en la cavidad oral que ocurre en la falla renal crónica no diagnosticada y en la forma terminal y su etiopatogenia no está del todo aclarada; sin embargo, puede deberse al incremento de los compuestos amoniacaes.² Solamente hay un pequeño número de informes relevantes en la literatura, la prevalencia se mantiene baja y no se presenta en todos los pacientes con falla renal crónica.^{3,4} Es de interés histórico la mención que se hace en la década de 1930 donde se observó que cuatro de 300 pacientes con uremia tenían probable estomatitis urémica, mientras

¹ Médico internista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú.

² Médico residente de medicina interna. Universidad Nacional Federico Villarreal. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima, Perú.

Leonidas Carrillo-Nañez
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8016-3990>
Miguel Vargas -Cruz
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0910-9723>
Juan Carlos Zavala-Gonzales
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7883-8993>
Vilma Stefany Rivas-García
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-8016-3990>

que en 1964 se informaron otros 4 pacientes afectados de un grupo de 262 pacientes con enfermedad renal.⁴ Se reconocen cuatro formas de presentación de estomatitis urémica: pseudomembranosa, ulcerativa, hemorrágica e hiperqueratósica.⁵ Son típicos el dolor y molestias en la lengua, las mismas que provocan cambios en el apetito y disgeusia, estos síntomas y signos mejoran rápidamente tras el tratamiento de reemplazo renal. Son parte del diagnóstico diferencial, las deficiencias vitamínicas, liquen plano, leucoplasia vellosa, candidiasis crónica hiperplásica.⁶ Esta presentación tiene como propósito describir una manifestación poco frecuente del síndrome urémico, el cual debe considerarse en la evaluación de la cavidad oral en un paciente con falla renal crónica no diagnosticada o aquellas en fase terminal.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente varón de 32 años, extranjero, migrante, con secundaria completa, trabaja como repartidor (motorizado). Refiere desde hace dos meses disgeusia, aparición progresiva de lesiones blanquecinas en la cavidad oral, acompañadas de dolor tipo ardor al ingerir sus alimentos; además, hiporexia, náuseas, vómitos, mareos, cefalea holocraneana, diaforesis, epigastralgia, palidez y pérdida de cinco kg. de peso corporal. Por estas molestias, en un centro particular le realizaron endoscopia alta y baja sin obtener resultados contributivos, también le realizaron exámenes auxiliares donde lo más destacado fue los niveles elevados de urea y creatinina (urea 393 mg/dL y creatinina 10,76 mg/dL), con preservación del volumen urinario y de edema leve, más acidosis metabólica. Ante esta situación, fue referido al hospital. Antecedentes: orqui epididimitis a los 12 años, fractura del brazo izquierdo hace 2 años, hipertensión arterial (HTA) diagnosticada y sin tratamiento desde hace 2 años. Antecedentes familiares: padres y una hermana hermana con HTA.

Antes de ser admitido en nuestro servicio permaneció en el Servicio de Emergencia durante cinco días, donde fue transfundido con dos paquetes globulares e inició hemodiálisis, siendo sus diagnósticos iniciales de ERC en terapia de hemodiálisis, HTA y anemia crónica.

Examen físico: PA 150/80 mm Hg, frecuencia cardíaca 80 latidos/min, frecuencia respiratoria 17 excursiones/min, afebril, SatO₂ 98 %. Adelgazado, con palidez marcada, en la cavidad oral se observó en la lengua una lesión blanco amarillenta de aspecto pseudomembranoso en la parte dorsal, lateral e inferior, los bordes presentaban proyecciones de aspecto filiforme resaltando las impresiones de la arcada dental (Figuras 1a-1d). En el cuello, presencia de un catéter de alto flujo, no adenopatías; y, en el resto del examen no halló alteraciones significativas.

Los exámenes auxiliares denotaron anemia grave, normocítica y normocrómica, azoemia, acidosis metabólica leve, microhematuria, ferritina y PCR incrementada, proteínas total y albúmina en niveles normal, complementos C3 y C4 normales, ANA y ANCA negativos. En la ecografía renal: nefropatía crónica intersticial bilateral.

Radiografía de torax sin alteraciones. Ecografía abdominal y vesico-prostática sin alteraciones. ECG: hipertrofia ventricular izquierda. Fondo de ojo angiopatía hipertensiva. Los diagnósticos de nuestro servicio fueron enfermedad renal crónica estadio 5, síndrome urémico, estomatitis urémica, HTA no controlada, anemia crónica. Durante el tiempo de hospitalización recibió siete sesiones de hemodiálisis de manera interdiaria, así mismo tratamiento antihipertensivo, observándose una respuesta favorable, con control de la HTA y desaparición de las alteraciones observada en la cavidad oral, no tuvo indicaciones específicas para tratamiento tópico de la cavidad oral (Figuras 2a y 2b). Actualmente, continúa en atención ambulatoria.



Figura 1 (a-d). Se observan placas blanquecinas en bordes, parte inferior de la lengua, así mismo en labio inferior antes de ser sometido a hemodiálisis.



Figura 2 (a, b). Después de siete sesiones de hemodiálisis las lesiones antes vistas habían desaparecido

DISCUSIÓN

Describimos el caso de un paciente joven que fue admitido por presentar un síndrome urémico sin haber conocido un diagnóstico de falla renal crónica previa con requerimiento de tratamiento de reemplazo renal, con lesiones blanquecinas de aspecto pseudomembranoso distribuidos en la cavidad oral, síntomas de anemia, molestias digestivas e hipertensión arterial.



La ERC, a pesar de su alta prevalencia, carga clínica y económica de sus complicaciones asociadas, el conocimiento de la misma sigue siendo bajo. En todo el mundo, sólo el 6% de la población general y el 10% de la población de alto riesgo conocen el estado de la enfermedad. Un metanálisis de estudios observacionales que estimaban la prevalencia mostró que aproximadamente el 13,4% de la población mundial tiene ERC, el 79%, se encontraba en estadios 3 a 5, y siendo probable que la proporción real de personas con ERC en etapa 1 o 2 sea mayor de lo que se estima, ya que la enfermedad renal en estadios iniciales es clínicamente silenciosa.⁷ La elevación de la urea y otros desechos nitrogenados en la ERC puede haber generado la aparición de las alteraciones de la mucosa de la cavidad oral, característica de la estomatitis urémica en nuestro paciente, ocurriendo en forma progresiva; sin embargo, pudo haberlo presentado de manera brusca como también ha sido descrito.

Las manifestaciones orales de la enfermedad renal son frecuentes, pueden presentarse como signos únicos de una enfermedad multisistémica que las afecta, o como manifestaciones orales comunes de mayor prevalencia en pacientes con enfermedad renal terminal, como alteraciones del gusto, agrandamiento gingival, xerostomía, parotiditis, hipoplasia del esmalte, erupción retardada, diversas lesiones mucosas como leucoplasia vellosa, reacciones liquenoides, ulceraciones, quelitis angular, candidiasis, estomatitis.^{1,8} Nuestro paciente presentó ardor en la boca, alteración del gusto, sequedad de labios y presencia con incremento progresivo de la lesión pseudomembranosa que fue advertida por el mismo. Estos síntomas y signos están relacionados a estomatitis urémica sobre la base de una ERC no diagnosticada, estos hallazgos son similares a los reportados por otros autores.^{2,3,9,11}

Respecto a la causa de estas lesiones no se conoce, pero se postula que la ureasa bacteriana convierte la urea salival en amoníaco, provocando una “quemadura química”, Esto ocurre cuando la concentración de urea intraoral excede los 30 mmol/L, cuando se compara con personas sanas que tienen entre de 2 a 6 mmol/L de urea. Las bacterias más relevantes productoras de ureasa son *Streptococos*, *Helicobacter pylori*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Pseudomonas* y *Estafilococos*.^{8,9} La mala higiene bucal, la presencia de gingivitis crónica, enfermedad periodontal, dientes cariados, xerostomía y el tabaquismo se cree que agravan aún más el patrón de reacción.¹⁰

El diagnóstico de la estomatitis urémica se basa en los signos y síntomas clínicos, historia médica, niveles de creatinina, urea y presencia microbianas en frotis de tejidos. Los hallazgos microscópicos son inespecíficos, por lo que el estudio histopatológico sólo estaría indicado cuando la historia clínica del paciente no contribuye al diagnóstico o bien, cuando las lesiones orales simulan a otras lesiones blancas conocidas caracterizadas por placas blancas.^{5,9,11} No obstante, los hallazgos histológicos se caracterizan por presentar una leve infiltración de células inflamatorias en el tejido conjuntivo bajo el epitelio hiperplásico y

una queratinización anormal.² Nosotros sustentamos el diagnóstico basado en las manifestaciones clínicas, hallazgos físicos, el diagnóstico de ERC en estadio 5 y la respuesta favorable a la terapia de reemplazo renal como ha sido descrito.

El diagnóstico diferencial debe realizarse principalmente con enfermedades vesiculobullosas, infecciones microbianas, deficiencias vitamínicas, liquen plano, leucoplasia vellosa oral y candidiasis hiperplásica crónica.^{6,12,13} Las mismas dadas sus características fueron descartadas.

El tratamiento de la estomatitis urémica consiste en mantener la higiene bucal, incluido el control de la placa y la eliminación del sarro, para reducir la cantidad de ureasa y amoníaco en la cavidad bucal. La limpieza de la cavidad bucal con NaCl, facilita la hemostasia en caso de sangrado y una cicatrización óptima, ayudando a mantener la zona de la herida todavía húmeda y eliminando o absorbiendo el exudado, minimizando el dolor para aumentar el confort. También se recomienda un enjuague bucal a base de dióxido de cloro. Este colutorio es un bactericida tópico, su acción es reducir las bacterias en la cavidad oral inhibiendo la producción de amoníaco y previniendo la contaminación secundaria de las úlceras, este es el objetivo de la curación de las lesiones. La curación completa de estas lesiones sólo se producirá si los valores séricos de urea vuelven a la normalidad, lo que se puede conseguir con hemodiálisis. También se han prescrito los lavados con peróxido de hidrógeno, pueden contribuir a la eliminación de las bacterias anaerobias que producen amoníaco. Las manifestaciones suelen persistir durante dos o tres semanas.¹³ La resolución de la estomatitis urémica en nuestro caso ocurrió durante la segunda semana.

Entre las principales limitaciones de nuestro informe tenemos que no se pudo realizar el estudio de histopatología de las lesiones, a pesar de que no es indispensable para el diagnóstico, y que el estudio de la hipertensión arterial y la causa de la ERC quedaron para el control ambulatorio.

En conclusión, en el caso descrito, se observó lesiones de aspecto pseudomembranoso en lengua y labio inferior que le ocasionaba dolor tipo ardor al paciente al ingerir alimentos, cambios en el gusto y sequedad de boca. Aunque se desconoce con exactitud su fisiopatología en gran medida se asume la mayor concentración de amoníaco en la cavidad oral como consecuencia de la uremia. El diagnóstico es principalmente clínico, los hallazgos histológicos son inespecíficos, es importante una evaluación cuidadosa de la cavidad oral en pacientes con enfermedad renal crónica. Aunque se han probado diferentes tratamientos locales, el tratamiento de reemplazo renal es lo indicado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shilpa Kuravatti, Maria Priscilla David, Indira A.P. Oral manifestations of chronic kidney disease an overview. *International Journal of Contemporary Medical Research*. 2016;3(4):1149-1152.
2. Adi Ahmad Yusuf, Yanie Febby Martina Lefaan, Riani Setiadhi. The challenges in treating uremic stomatitis patient with chronic renal failure disease. *Denta Jurnal Kedokteran Gigi*. 2022;16(2):103-108.
3. Mariana Klein, Maria Cristina Munerato. Uremic stomatitis in three patients and review of the literature. *JSM Dent*. 2016;4(4):1070.

4. Jair C. Leão, Luiz Alcino M, Gueiros, Airton V., Airton V. Leite Segundo, Alessandra A. T., Carvalho, William Barrett, et al. Uremic stomatitis in chronic renal failure. *Clinics*. 2005;60(3):259-62.
5. Mario Dioguardi, Giorgia Apollonia Caloro, Giuseppe Troiano, Giovanni Giannatempo, Luigi Laino, Massimo Petruzzi, et al. Oral manifestations in chronic uremia patients. *Ren Fail*. 2016;38(1):1-6.
6. Hiroyuki Yano, Mitsuyo Kinjo. Uraemic stomatitis. *BMJ Case Rep*. 2019; 12:(e231948).
7. Marc Evans, Ruth D. Lewis, Angharad R. Morgan, Martin B. Whyte, Wasim Hanif, Stephen C. Bain, et al. a narrative review of chronic kidney disease in clinical practice: current challenges and future perspectives. *Adv Ther*. 2022;39:33-43.
8. Shaun A. Summers, W. M. Tilakaratne, Farida Fortune, Neil Ashman. Renal disease and the mouth. *The American Journal of Medicine*. 2007;120(568-573).
9. Molinare SP, Ludwig MK, Quiroz MP. Estomatitis urémica como complicación oral de insuficiencia renal crónica : Reporte de caso y Revisión de la literatura. *Int. J. Odontostomat*. 2018;12(3):304-308.
10. Shantala Arunkumar, Rajeshwari G Annigeri, Shakunthala GK. Ulcerative Uremic Stomatitis - Review of the literature and a rare case report. *Journal of Krishna Institute of Medical Sciences University*. 2015;4(1):148-153.
11. MM Mini,, Twinkle S Prasad, Valsa Thomas. Uremic Stomatitis: Report of Two Cases. *Oral Maxillofac Pathol J*. 2015;6(2):636-638.
12. Sharma R, Jamdade A, Yadav S, Yadav N. Uremic stomatitis: A case report. *SPR*. 2022; 2(1):523-527.
13. Jânia Dara Jácome Pacheco, Maria Rodrigues Viegas Ribeiro, Catarina Sousa Duque Soares Queirós, Maria Fátima Cameira Martins Xambre. Uremic stomatitis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2022; 97(3): p. 395-405.

CORRESPONDENCIA:
Leonidas Carrillo-Nañez
lchcarn@gmail.com

Fecha de recepción: 15-11-2023.
Fecha de aceptación: 23-11-2023

Conflicto de interés: Los autores declaran no tener conflicto de interés
Financiamiento: autofinanciado
Contribución de autoría: los autores participaron en la conceptualización, conducción y manejo de la investigación del caso, análisis de los datos, redacción del borrador inicial, redacción y revisión de la versión final.