

Manifestaciones Bucales de la Infección del VIH/SIDA.

Revista Médica Electrónica 2006;28 (6)
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS "JUAN GUITERAS GENER". MATANZAS
Manifestaciones Bucales de la Infección del VIH/SIDA.
Bucal manifestations of HIV/AIDS infection.

AUTORES

Dra. Ileana García Rodríguez (1)
E-mail: jcgarcia.mtz@infomed.sld.cu
Dra. María Isabel Garay Crespo (1)
Dra. Laritza Hernández Falcón (1)

(1) Especialistas de I Grado en Estomatología General Integral. Profesores Instructores.

RESUMEN

La aparición de la infección por VIH y el SIDA ha hecho un impacto perenne en la humanidad. Han transcurrido más de 20 años desde que el agente causal fue identificado y aun cuando se ha alcanzado progreso para diferenciar sus características y mecanismo de infección, no se ha descubierto un tratamiento eficaz para curar la enfermedad. En el año 2005 convivían con el VIH 40.3 millones de personas y las cifras siguen aumentando, por lo que resulta importante que todos los trabajadores de la salud dominen a su nivel de profesionalidad la patogenia, la evolución, las manifestaciones tempranas y las medidas de control y prevención del SIDA. Motivados por lo antes expuesto realizamos una revisión bibliográfica actualizada sobre las manifestaciones bucales más frecuentes de la infección por el VIH/SIDA con el objetivo de apertrecharnos de los conocimientos necesarios para detectar tempranamente estas lesiones durante el ejercicio de nuestra profesión. Resultó de nuestra investigación que las enfermedades más frecuentemente asociadas al SIDA y que involucran a la cavidad bucal son: la Candidiasis Bucal, la Leucoplasia Pilosa y la Enfermedad periodontal, entre otras. El Sarcoma de Kaposi y el Linfoma no Hodgkin, aunque son frecuentes en enfermos de otras latitudes, no se comporta así en Cuba. En posteriores estudios determinaremos el comportamiento de estas manifestaciones en los pacientes VIH / SIDA de nuestra provincia.

DeCS:

SALUD BUCAL

MANIFESTACIONES BUCALES

INFECCIONES POR VIH/diagnóstico

INFECCIONES POR VIH/complicaciones

INFECCIONES POR VIH/epidemiología

INFECCIONES OPORTUNISTAS RELACIONADAS CON SIDA/etiología

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA/complicaciones HUMANO ADULTO

INTRODUCCIÓN

La aparición de la infección por VIH y el SIDA ha hecho un impacto perenne en la humanidad. El SIDA no es sólo una enfermedad, sino la etapa final de la infección por VIH, caracterizada por un conjunto de enfermedades potencialmente fatales. Han transcurrido más de 20 años desde que el agente causal fue identificado y aun cuando se ha alcanzado progreso para diferenciar sus características y mecanismo de infección no se ha descubierto un tratamiento eficaz para curar la enfermedad (1). Es por ello que las cifras expresadas en el resumen mundial de la pandemia a finales del 2005 por ONUSIDA son realmente escalofriantes:

Personas que viven con el VIH / SIDA ----- 40.3 millones

Nuevos casos en el 2005 ----- 4.9 millones

Defunciones causadas por el SIDA en 2005 ----- 3.1 millones. (2,3)

En Cuba el primer caso confirmado fue el de un paciente que se contaminó en el extranjero (1982). A partir de 1983 se instrumentan un grupo de medidas con el propósito de disminuir los riesgos de importación de la enfermedad y conocer precozmente la presencia de casos SIDA en el país. En 1986 se puso en ejecución el Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA, (4) pero, a pesar de ello, en diciembre del 2004 existían en Cuba un total de 6025 personas VIH positivas (768 detectados en ese año y 1222 fallecidos por esa causa). (5) El nivel de los conocimientos actuales sobre la naturaleza y evolución de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y la limitación de la terapéutica conocida, la lucha contra esta pandemia que azota a la humanidad marcha por dos vertientes:

- 1) La educación a toda la población, para evitar el contagio.
- 2) Que todos los trabajadores de la salud dominen a su nivel de profesionalidad la patogenia, la evolución, las manifestaciones tempranas y las medidas de control y prevención del SIDA. (4)

Desde los primeros momentos de la aparición de la epidemia comenzaron las comunicaciones de hallazgos estomatológicos y mientras más se desarrollaba la enfermedad, aparecían más manifestaciones en el complejo bucal, muchas de ellas no sólo definitorias, sino también de gran valor predictivo. Ha sido destacado (7) que la cavidad bucal es el primer sitio que refleja la infección por el VIH y en consecuencia Pindborg afirma que el estomatólogo tiene que enfrentar un gran desafío: detectar, en estadios tempranos de la enfermedad, las lesiones bucales y poder indicar que un paciente determinado está infestado por el VIH. (4) Dentro de nuestro perfil ocupacional se encuentra la prevención y contribución al diagnóstico precoz de enfermedades bucales, así como manifestaciones bucales de enfermedades sistémicas. En este contexto la estomatología debe estar pertrechada de los elementos fundamentales que le permitan ser protagonista por derecho y deber propios de las acciones de salud que enfrentan el desafío que ha lanzado el SIDA a la medicina.

DESARROLLO

Desde el inicio de la identificación del SIDA como nueva enfermedad comenzaron los intentos de diagnosticar, clasificar y establecer criterios para definir las manifestaciones del síndrome en el complejo bucal. En las primeras comunicaciones sobre el padecimiento se mencionan las manifestaciones bucales. Pindborg, (6) en 1989, publicó una lista de 30 lesiones bucales relacionadas con la infección por el VIH. En ese mismo año Lozada-Nur (7) señaló los indicadores tempranos de las manifestaciones bucales de la infección por el VIH e insistió en la presentación clínica, el diagnóstico y la conducta a seguir con estas lesiones. Un grupo de expertos en patología bucal (OMS) se reunieron en Ámsterdam (1991) y redactaron un documento sobre Actualización de la clasificación y criterio diagnóstico de las lesiones bucales en la infección por el VIH. Con la experiencia acumulada sobre la materia se propusieron 3 grupos de lesiones. Éstos son:

Grupo 1. Lesiones fuertemente asociadas con la infección por el VIH (4):

- Candidiasis:
 - Eritematosa
 - Hiperplásica
 - Seudomembranosa
 - Leucoplasia Pilosa
 - Enfermedad periodontal
- Gingivitis por VIH (Eritema Gingival Linear)
Gingivitis Necrotizante (ulcerativa) por VIH
Periodontitis (ulcerativa) por VIH
- Sarcoma de Kaposi
 - Linfoma no Hodgkinianos

Grupo 2. Lesiones menos comúnmente asociadas con la infección por el VIH:

- Ulceraciones atípicas
- Enfermedad de glándulas salivares
- Boca seca por disminución del flujo salival
- Inflamación unilateral o bilateral de las glándulas salivares mayores
- Púrpura trombocitopénica
- Infecciones virales
 - Virus del herpes simple
 - Virus papiloma humano (lesiones parecidas a verrugas)
 - Condiloma acuminado
 - Hiperplasia epitelial focal
 - Verruga vulgar
 - Virus varicela zóster
 - Herpes zóster
 - Varicela

Grupo 3. Lesiones con cierta posibilidad de asociación con la infección por el VIH:

- Infecciones bacterianas (se excluye la gingivitis y la periodontitis):
 - Actinomyces israelii
 - Escherichia coli
 - Klebsiella pneumoniae
 - Micobacterium tuberculosis
- Infecciones por hongos diferentes de Candidiasis:
 - Cryptococcus neoformans.
 - Aspergillus flavus

- Enfermedad arañazo de gato
- Reacciones a las drogas (ulceración, eritema multiforme y lesión liquenoide)
- Alteraciones neurológicas:
 - Parálisis facial
 - Neuralgia del trigémino
- Osteomielitis
- Sinusitis
- Celulitis submandibular
- Exacerbación de la periodontitis apical
- Hiperpigmentación melanocítica
- Carcinoma de células escamosas

Existen otras clasificaciones, (8) que al igual que ésta, circulan internacionalmente, pero en su mayoría no se apartan en lo fundamental aun cuando no estén agrupadas por su frecuencia. Trabajaremos con la clasificación que tiene en cuenta la etiología de estas manifestaciones bucales.

INFECCIONES MICÓTICAS

La Candidiasis es la infección micótica intraoral más común en pacientes infestados con el VIH. Se han reportado otras como *Cryptococcus neoformans* (1) que provoca úlceras persistentes, profundas, de bordes elevados y muy dolorosas localizadas en distintos sitios de la mucosa bucal (4). También se han comunicado lesiones en el complejo bucal en pacientes con histoplasmosis. (1,4)

Candidiasis de la Mucosa Bucal (CMB)

El principal agente causal es la *Candida albicans*. Se ha comprobado que la CMB precede al desarrollo del SIDA, por lo que tiene un gran valor predictivo, también precede al desarrollo de Candidiasis esofágica y faríngea, por lo que muchos autores lo consideran un marcador seguro de la esofagitis candidiásica. (4) El Centro de colaboración de Manifestaciones Bucales de la Infección por el VIH, perteneciente a la OMS, que radica en Copenhague, clasificó CMB en cuatro tipos. (4)

Seudomembranosa: Conocida también como algodoncillo, (1) son placas o puntos blancos o amarillentos, que pueden ser removidos, pero queda una superficie sangrante y dolorosa (1,4,9). Se localiza fundamentalmente en paladar blando (9). Está asociada a una supresión inicial y progresiva del sistema inmune y es la más frecuente en pacientes de SIDA.

Hiperplásica: También se conoce como Candidiasis leucoplásica, (1) caracterizada por placas blancas firmes y adheridas, no se pueden remover (1,4). Es rebelde a todo tipo de tratamiento (9). Está asociado a supresión severa del sistema inmune.

Eritematosa: Se caracteriza por áreas rojas, sin puntos o placas blancas removibles, frecuentemente localizado en el paladar, carrillo y dorso de la lengua (aspecto liso). (1,4,9)

Queilitis Angular (Estomatitis Comisural): Se presenta como fisuras o grietas, eritema o ulceración de la comisura labial (4,9). Puede presentarse durante los períodos iniciales y en el VIH progresivo, algunas veces en conjunto con Xerostomía. El padecimiento puede ser asintomático o asociarse a dolor, ardor o irritación. El diagnóstico generalmente se puede realizar por su aspecto clínico, pero se puede complementar por frotis y tinción de PAS o empleando métodos biópsicos. (8)

INFECCIONES BACTERIANAS

Varios tipos de bacterias se han vinculado con las infecciones bucales en pacientes con SIDA. Las más comunes se manifiestan en forma de enfermedades periodontales (1). En pacientes seropositivos el establecimiento de la enfermedad periodontal es muy precoz y rápido, (8) puede ir desde una gingivitis específica y leve hasta una periodontitis severa y rápidamente progresiva. (4) En la literatura se describen tres tipos de formas de Enfermedad Periodontal:

Gingivitis asociada al VIH o Gingivitis Linear o Eritema Gingival Linear:

Se caracteriza por una banda eritematosa en todo el trayecto de la encía marginal de 2 a 4 mm de ancho, especialmente por vestibular con leve dolor y fácilmente sangrante. También se describe el eritema difuso y punteado. El punteado gingival puede involucrar por completo a la encía adherida (4). Esta gingivitis es una precursora de la periodontitis.

Gingivitis Necrosante asociada al VIH.

Se caracteriza por encías hiperémicas, hemorragias espontáneas, dolores agudos, rápida progresión de la enfermedad (1) y úlceras en estadios necróticos (8). Esta condición está asociada a una supresión severa del sistema inmune, con recuento celular de CD4 por debajo de 100 células / mm³ y puede ser precursora de la periodontitis ulcerativa necrosante. (1)

Periodontitis asociada al VIH

Tiene todas las características de la gingivitis, aunque es más frecuente el eritema difuso que el punteado, además de graves manifestaciones de dolor profundo, sangramiento gingival, necrosis de los tejidos blandos y destrucción rápida de la unión periodontal, (4) puede haber exposición del hueso subyacente. La movilidad dentaria puede ser profunda con riesgo de pérdida de los dientes. En los pacientes portadores de VIH / SIDA se pueden observar otras infecciones bacterianas que involucran a la boca, pero por no ser de las manifestaciones más frecuentes no las desarrollaremos.

INFECCIONES VIRALES

En pacientes seropositivos a VIH se han observado infecciones por varios virus como: Virus Epstein Barr (VEB), Virus Herpes Simple (VHS), Virus Herpes Zóster (VHZ), Citomegalovirus, Papilomavirus Humano, etc.

Leucoplasia Velloso o Leucoplasia Pilosa (LP)

La descripción de LP y su relación con el VEB contribuyó al reconocimiento como una manifestación bucal del VIH (1,4,7,9); pero más que eso, la LP está relacionada con la inmunosupresión provocada por esta enfermedad, lo que se corrobora por la presencia ocasional de LP en pacientes con inmunosupresión no SIDA. (4)

En 1984 Guenspan y col. describieron esta nueva lesión en patología bucal. La LP es una mancha blanca de superficie corrugada y forma pliegues, arrugas o plisados de orientación vertical. Esta lesión no se elimina por el raspado (4,9) y tiene el aspecto en su superficie de pequeños mechones de pelos, característica por la cual toma su nombre (3,8). Se localiza fundamentalmente en el borde lateral de la

lengua, puede ser unilateral o bilateral, también se puede extender a la cara dorsal o ventral de la lengua y ocasionalmente se puede hallar en otros sitios de la mucosa bucal (1,4,9). Se ha encontrado Candidiasis sobreañadida a la LP, (1,4) pero se ha demostrado que no es la responsable causal, por la respuesta negativa a la medicación antifúngica y por la presencia del VEB en el epitelio de la LP, así como la detección de antígenos virales el ADN de dichos virus. (4) La LP es asintomática, aunque algunos pacientes sufren molestias leves por la aspereza o rugosidad de la superficie de la lesión (1,4). Esta manifestación es una indicación temprana de supresión del sistema inmune, (1) su importancia radica en su valor predictivo. Un ejemplo de ello es una encuesta realizada en Tanzania, donde un 95 % de las LP se relacionan con la infección por VIH (4) y en los casos que se presenta se observa una rápida evolución a SIDA.

Virus del Herpes Simple (VHS)

Las manifestaciones clínicas del VHS en los pacientes infectados por VIH son diferentes a aquéllas en pacientes no infectados (1,4). En pacientes VIH positivos, estas lesiones pueden ocurrir en cualquier parte de la boca especialmente el paladar, labios y áreas alrededor de la boca; generalmente son de 0.5 a 3.0 mm de diámetro. Las úlceras son profundas, dolorosas y pueden persistir por varias semanas (1) y hasta meses, (4) siendo muy frecuentes las residivas (7). Puede acompañarse de neuralgias del trigémino o parálisis facial periférica. (9) Una infección mucocutánea por el VHS de más de 30 días de duración en un paciente seropositivo al VIH es confirmativa de SIDA (1). El diagnóstico se realiza llevando a cabo el raspaje citológico pertinente y técnicas de cultivo apropiado, que son capaces de reaccionar con anticuerpos específicos del VIH.

Papilomavirus Humano (PVH)

Los PVH desempeñan una función importante en un rango de enfermedades, particularmente en varios tipos de verrugas y en proliferaciones mucosas (4). Hasta el momento se han reconocido 60 tipos diferentes de PVH. Entre los procesos bucales relacionados con el PVH en las personas que están infestadas con el VIH se encuentra la hiperplasia epitelial focal, el papiloma, la eritroplasia, la leucoplasia, el carcinoma in situ, el condiloma acuminado y la verruga vulgar. (1,4)

NEOPLASIAS

Las principales neoplasias vinculadas con la infección por el VIH son el Sarcoma de Kaposi, Linfoma no Hodgkin y Carcinomas.

Sarcoma de Kaposi.

Es la neoplasia intraoral más relacionada con el SIDA. Se encuentra más comúnmente en el paladar y la gíngiva (4,9) y otros autores lo describen también en mucosa de los carrillos, nariz, faringe y amígdalas (1,9). Las lesiones en etapas tempranas se presentan planas, azul púrpura o rojo púrpura, coloración que no blanquea con la presión, en estadios tardíos las lesiones se vuelven nodulares y elevadas, (1,4,9) éstas al progresar se pueden ulcerar y se asocian con dolor y sangramiento (4). EL SK es un tumor multifocal y los pacientes también pueden tener manifestaciones en piel de las extremidades, tórax o piel de la cara. Algunos autores han relacionado la patogénesis del SK con el Citomegalovirus (CMV), (4,7) además de intervenir otros elementos. La incidencia del SK ha disminuido, inicialmente era del 35 al 40 % de los pacientes con SIDA, hoy es de un 14 %, (4) en Cuba es baja, un 2,7 %. Usualmente, las características clínicas del SK son tan típicas, que si se presentan

en un paciente con riesgo de estar infectado por el VIH, lo definen, aunque el estudio histopatológico es imprescindible.

Linfoma no Hodgkin.

Son linfomas de células B, tiene un alto grado de malignidad y se considera una condición definitoria del SIDA en los infestados con el VIH. En la actualidad su incidencia ha aumentado. Varios autores lo han asociado al VEB (4) y se presentan en individuos que tienen recuento de CD4 menores a 100 células / mm³. Entre sus características clínicas están las linfomegalias cervicales, (4,9) también se describe presencia de masas tumorales en la encía, el paladar y en la mucosa del carrillo. Estas formaciones crecen agresiva y rápidamente y también pueden afectar con gran especificidad la glándula parótida. (4)

OTRAS LESIONES

Estomatitis Aftosa Recurrente (EAR)

Las ulceraciones aftosas recurrentes constituyen una manifestación relativamente común de la infección por el VIH. En estos pacientes se caracteriza por úlceras de mayor duración y más severidad, generalmente múltiples y dolorosas (1,4) que pueden interferir con el lenguaje y la deglución (1). Se clasifica de tres formas: EAR menor, EAR mayor y forma herpetiforme.

EAR menor: Úlceras planas, redondas u ovals de menos de 5 mm, cubierta por una pseudomembrana gris blanquecina y rodeada por un halo eritematoso. Se presenta con mayor frecuencia en la mucosa del labio, del carrillo y en el suelo de la boca.

EAR mayor: Úlceras grandes de más de 1 cm y hasta 3 cm de diámetro, muy persistentes, fuertemente dolorosas, socavadas, profundas y rebeldes a tratamiento, muchas de base nodular. Se encuentran en labios, paladar blando y lengua.

EAR herpetiforme: Es menos frecuente y se caracteriza por úlceras pequeñas distribuidas por toda la cavidad bucal. (4)

Otras condiciones asociadas al VIH / SIDA incluyen el agrandamiento de las glándulas salivares y xerostomía (1). El agrandamiento de las glándulas salivares puede ser neoplásico o no neoplásico, comúnmente es indoloro. Es más frecuente en niños.

CONCLUSIONES

Generalmente la cavidad bucal es el primer sitio que refleja la infección por el VIH. Las manifestaciones bucales más frecuentes por la infección por el VIH y el SIDA son:

Candidiasis bucal, Leucoplasia Pilosa, Gingivitis y Periodontitis por VIH, GUNA, Sarcoma de Kaposi, Linfoma no Hodgkin.

Los que practicamos la atención a la salud bucal desempeñamos una labor fundamental en el reconocimiento y diagnóstico de los individuos infestados, por lo que debemos estar armados de fundamentos cognoscitivos en las esferas diagnóstica y preventiva del desarrollo del SIDA. Muchas de estas patologías bucales tienen un gran valor predictivo de la infección por el VIH y en los pacientes seropositivos preceden el desarrollo del SIDA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OPS-OMS. La Salud Bucodental: Repercusión del VIH / SIDA en la práctica Odontológica. USA; 1995. p. 22-8.
2. ONU-SIDA. Informe sobre la epidemia mundial de VIH / SIDA (versión española). Suiza:ONU-SIDA; 2002. p. 8.
3. Santana Garay JC. Infección por el VIH en el complejo bucal. La Habana: Ciencias Médicas; 2000.
4. Pindborg JJ. Mensajes Positivos. Boletín Trimestral para las PVVIH en Cuba. La Habana:ONU-SIDA; 2006
5. Sindborg JJ. Classification of Oral Lesions associated with HIV infection. Oral Surg 1989;67(2): 292.
6. Lozada-Nur. Common Early Oral Markers. CDC Journal. 1989; 17:36.
7. Lozano de Luaces. Control de las infecciones cruzadas en Odontología. Madrid: Avances Médico-Dentales; 2000.
8. Colectivo de Autores. Conociendo sobre VIH. Manual para el personal de la Salud y médicos de la familia en Cuba. La Habana: Pueblo y Educación; 1999. p. 52-4.
9. Klein RS. Oral Candidiasis high -risk patients as the initial manifestation of acquire inmunodeficiency síndrome. N Engl J Med 1984; 311: 54.

SUMMARY

The beginning of the human immunodeficiency virus and the acquired immunodeficiency syndrome has caused a perennial impact on the humankind. There have passed more than 20 years since the casual agent was identified, and , even when some progress have been done to differentiate its characteristics and infection mechanisms. No efficacious treatment has been discovered to heal the disease. In 2005, there were 40,3 million people living with the human immunodeficiency virus and the ciphers are still increasing. That is why it is important that all the health workers master, in their professional level, the acquired immunodeficiency syndrome pathogenic, evolution, early manifestations and control and prevention measures.

Motivated with this, we carried out an up-to-day bibliographic review on the more frequent bucal manifestations of the human immunodeficiency virus and acquired immunodeficiency syndrome with the objective of reaching the necessary knowledge to early detect these lesions during the exertion of our profession. Our investigation showed that the most frequent AIDS- associated diseases that involve the bucal cavity are: oral candidiasis, hairy leucoplakia and periodontal disease, among other. Kaposi's sarcoma and no-Hodgkin lymphoma, though frequent in patients in other countries, do not have the same behavior in Cuba . In subsequent studies we are going to determine the behavior of these manifestations in human immunodeficiency virus/ acquired immunodeficiency syndrome patients in our province.

MeSH:

ORAL HEALTH

ORAL MANIFESTATIONS

HIV INFECTIONS/diagnosis

HIV INFECTIONS/complications

HIV INFECTIONS/epidemiology

AIDS-RELATED OPPORTUNISTIC INFECTIONS/etiology

ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME/complications

**HUMAN
ADULT**

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

García Rodríguez I, Garay Crespo MI, Hernández Falcón L. Manifestaciones Bucales de la infección del VIH/SIDA Rev méd electrón[Seriada en línea] 2006; 28(6). Disponible en URL: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202006/vol6%202006/tema15.htm>[consulta: fecha de acceso]