

39



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MANIFESTACIONES BUCALES DE
VIH / SIDA

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A

ALEJANDRO CEBALLOS DE LOS COBOS

VoBo
[Signature]



DIRECTOR: C.D. JOSÉ LUIS TAPIA VÁZQUEZ
ASESORA: M.O. BEATRIZ C. ALDAPE BARRIOS

VoBo
[Signature]

MÉXICO, D.F.

2000

Q73906



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. José Luis Tapia Vázquez, por su dirección, atención y consejos en el desarrollo de esta tesina.

A la Dra. Beatriz C. Aldape Barrios, por su entrega y dedicación en mi formación profesional y humana.

Al Dr. Marco Antonio García Huerta, por la ayuda proporcionada en la realización de este trabajo.

A mi inolvidable Universidad Nacional Autónoma de México, máxima casa de estudios.

A la Facultad de Odontología porque me brindó un lugar y me dio conocimientos para triunfar.

A mis padres, por su dedicación, apoyo y cariño en todo momento, y porque gracias a ellos culminó una etapa importante de mi vida.

A mis hermanos Hugo y Mago, por su entrega y cariño que siempre han mostrado como hermanos.

A mis abuelos Paco y Güera, por sembrar en mí el deseo de superarme y triunfar.

A la memoria de mi abuelo el Dr. Jorge de los Cobos Ramírez.

A mi abuela Virginia, por estar pendiente de todo lo que me ocurre; y porque gracias a sus cuidados y consejos estoy logrando una meta importante en mi existir.

A mis tíos Manuel y Alicia, por estar siempre a mi lado y ayudarme en los momentos difíciles.

A Dany y Vero, gracias por ser así.

Al CD José A. Cabrera, por una amistad honesta y desinteresada.

A Mariana, gracias por ser parte de mi vida.

A Caro, gracias por tu apoyo y comprensión.

A mis amigos entrañables Benja, Fer, Rafa y Alex, por compartir conmigo una etapa inolvidable.

ÍNDICE

Introducción	1
SIDA	2
Definición	
Vías de transmisión	
Grupos de riesgo	3
Clasificaciones de las manifestaciones bucales	5
Antecedentes	
Tipos de clasificaciones	7
-Por orden de frecuencia	8
-Por agente causal	10
Definición de las lesiones más comunes	11
-Infecciones bacterianas	
Eritema gingival lineal	
Gingivitis ulcero-necrosante	12
Periodontitis rápidamente progresiva	13
-Infecciones micóticas	14
Candidiasis	
Pseudomembranosa	
Hiperplásica	15
Eritematosa	16
Queilitis angular	17
-Infecciones virales	18
Virus de Epstein-Barr (leucoplasia pilosa)	
Virus de herpes simple	19
Virus de herpes zoster	20
Virus papiloma humano	21
-Neoplasias	22
Sarcoma de Kaposi	
Linfoma No Hodgkin	24
-Manifestaciones bucales de etiología desconocida	25
Úlceras bucales	
Enfermedad de glándula salival (xerostomía)	26
Caso clínico	27
Manifestaciones bucales de un paciente con SIDA	
Conclusiones	32
Glosario	33
Bibliografía	34

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	11
Figura 2	12
Figura 3	13
Figura 4	15
Figura 5	15
Figura 6	16
Figura 7	17
Figura 8	18
Figura 9	19
Figura 10	20
Figura 11	21
Figura 12	22
Figura 13	23
Figura 14	24
Figura 15	25
Figura 16	28
Figura 17	29
Figura 18	30
Figura 19	31

INTRODUCCIÓN

Una de las enfermedades que en las últimas dos décadas ha causado muertes en números inimaginables es el SIDA; enfermedad que es causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que ha recibido los sobrenombres del "mal del siglo" y "enfermedad apocalíptica" entre otros; es un virus que produce un efecto devastador en el individuo después de un largo periodo de incubación e irreversible daño sobre la porción celular del aparato inmunitario; lento y silencioso es una enfermedad que no se detiene ante sexo, raza, edad o estrato social; y es diseminado de una persona a otra.

Las manifestaciones bucales asociadas al virus del VIH han sido clasificadas de diferentes maneras por muchos autores, sociedades médicas y la OMS, pero con un fin en común, poderlas estudiar, catalogar y analizar con facilidad.

La gran mayoría de las lesiones se clasifican de acuerdo a su agente causal en vírales, bacterianas, micóticas y neoplásicas; y por su orden de aparición, que son las lesiones más frecuentemente asociadas, las menos comunes y las raramente asociadas con el virus de VIH.

Los médicos y los cirujanos dentistas deben de desarrollar la capacidad de educar e informar a sus pacientes sobre las formas de transmisión del virus, grupos de riesgo y como pueden evitar ser infectados por este mortal virus.

DEFINICIÓN

El SIDA es un estado de inmunosupresión causado por un retrovirus llamado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Este virus infecta un subgrupo de linfocitos de sangre periférica, las células T colaboradoras-inductores identificados por el epítipo superficial CD4+ (T4+), las cuales tienen muchas de las funciones del sistema inmunológico celular. Al infectarse estas células pierden su capacidad funcional y mueren. Este defecto de la inmunidad celular produce sensibilidad a infecciones por agentes oportunistas, con frecuencia de naturaleza micótica, bacteriana, viral y de grupos particulares de tumores.^{1,2}

VÍAS DE TRANSMISIÓN

El virus de VIH se puede transmitir por diferentes vías, las cuales se enumeran a continuación:

TRANSMISIÓN SEXUAL

La transmisión sexual constituye más del 75% de la infección por VIH en todo el mundo. La transmisión homosexual ha sido el modo de diseminación sexual predominante y se ha asociado con un alto número de parejas sexuales y con la frecuencia del coito anal receptivo. A medida que aumentan las tasas de infección por VIH en hombres bisexuales, se infectan un mayor número de mujeres con VIH a través de la exposición heterosexual. El riesgo de infección en las mujeres es en la transmisión heterosexual (coito vaginal y anal), y el riesgo es mayor en las esposas que practican el coito anal que el vaginal.³

TRANSMISIÓN PERINATAL

La transmisión perinatal del virus puede ocurrir dentro del útero, en el periodo perinatal al momento del parto o después del nacimiento a través de la alimentación al pecho.³

La detección del virus en tejidos fetales y en la placenta apoya la hipótesis de que puede presentarse la infección in útero. Asimismo es factible la transmisión del virus al nacimiento por el contacto con la sangre materna infectada o las secreciones vaginales, pero es difícil diferenciarla de la transmisión in útero.³

TRANSMISIÓN PARENTERAL

El compartir agujas u otros utensilios relacionados con las drogas da lugar a la transmisión del virus, entre los toxicómanos que se administran drogas intravenosas, en quienes la frecuencia de la infección aumenta a una tasa más rápida que en otras poblaciones de alto riesgo. Muchas personas han sido infectadas por el virus al practicarseles transfusiones de sangre infectada. La detección de VIH en donadores de sangre es muy eficaz para prevenir la transmisión del virus, pero al parecer su eficacia no es del 100%.³

GRUPOS DE RIESGO

PERSONAS QUE USAN DROGAS INTRAVENOSAS

Una proporción importante de quienes utilizan drogas intravenosas es que obtienen el dinero para estas de la prostitución. En consecuencia representan una vía importante para transmisión del virus.¹

PERSONAS DEL SECTOR SALUD

No se ha reportado ningún caso pero cuando menos hay un peligro teórico. Es necesario aconsejar a los pacientes que informen a sus médicos antes de llevar a cabo cualquier procedimiento para que puedan tomarse las precauciones adecuadas. Para el cirujano dentista es importante ya que casi todos los procedimientos dentales implican cierta exposición a sangre.¹

TATUAJES Y OTROS MÉTODOS COSMÉTICOS

El tatuaje es una forma de transmitir el virus; es probable que suceda que en los centros donde hacen tatuajes usen la misma aguja en más de una persona o tatúan más de un individuo a la vez; los seropositivos no deben tatuarse.¹

La perforación de orejas también puede implicar un riesgo, porque gran parte de la perforación de orejas es un negocio no profesional hecho por amigos y con mala higiene.¹

DONACIÓN DE SANGRE Y DE ÓRGANOS

Los pacientes en grupos de riesgo alto no deben donar sangre ni órganos. Tampoco deben dar semen.¹

FACTOR DE RIESGO POR TRANSMISIÓN SEXUAL

El principal factor de riesgo para contraer VIH son las relaciones sexuales en un 87.4% al que se suma un 10% de factores mixtos (transfusión o donación renumerada de sangre) por lo que se considera que la promiscuidad es el principal elemento que debe conceptuarse como factor epidemiológico.⁴

Para que se lleve a cabo dicha cadena de transmisión solo bastan dos personas y que una de ellas este infectada, independientemente de juicios sociológicos, psicológicos, morales o religiosos.⁴

Intervienen varios factores del huésped como son: el tipo de relación sexual, la frecuencia de las mismas, protección con condón o no, la presencia de enfermedades venéreas. También cuentan factores del virus por las cepas presentes, subvariedad de esa, que juntas interactúan con el aparato inmune del huésped, y la capacidad del agente viral para incorporarse al genoma humano y hacer que la manipulación celular sea factible. El homosexual por realizar sexo anal evoluciona con frecuencia a un bloqueo inmunitario por depósito de semen en recto, absorción de material genético, reconocimiento inmunitario y paralización de este; llevando al sujeto a una inmunodepresión celular, por lo que el homosexual es una persona más susceptible para adquirir el VIH que una persona heterosexual, dado que el colon es un tejido diseñado para la absorción y no para funcionar como vagina. Por otro lado la penetración por vía rectal es demasiado traumática y favorece el asentamiento de diferentes agentes como lo es el del VIH.⁴

CLASIFICACIONES DE LAS MANIFESTACIONES BUCALES EN PACIENTES CON SIDA

ANTECEDENTES

Desde los comienzos de la epidemia del SIDA y de la infección por VIH, han destacado las lesiones bucales en esta enfermedad. La mayoría de estas lesiones reflejan la depresión del sistema inmunitario y se expresan en forma de alteraciones oportunistas de la boca, siendo las manifestaciones más tempranas de la infección por VIH. Se aprecian infecciones bucales oportunistas en diferentes estados patológicos, en los cuales la microflora de la boca aprovecha el desequilibrio inmunológico tanto a nivel local como sistémico. Esto también ocurre en las infecciones bucales por inmunodeficiencia primaria como es en la leucemia y la diabetes.³

Las cifras normales de linfocitos CD4 es de 800 a 1200 células por mm cúbico en personas aparentemente sanas, cuando hay disminución en la cantidad de estas células pueden presentarse diversas lesiones, como se menciona a continuación.³

Lesiones bucales presentes en pacientes con un número de linfocitos CD4 de 800 a 200 células por milímetro cúbico son¹⁵:

Leucoplasia pilosa	Gingivitis/periodontitis
Candidiasis pseudomembranosa	Úlceras no específicas agudas
Herpes simple difuso (gingivostomatitis)	Varicela zoster

Lesiones bucales presentes en pacientes sintomáticos con un número de linfocitos CD4 por debajo de 200 por centímetro cúbico son¹⁵:

Candidiasis (intrabucal y esofágica)	Gingivitis/periodontitis Úlceras no específicas agudas
Leucoplasia pilosa	Citomegalovirus
Herpes simple	<i>Cryptococcus neoformans</i>
Varicela zoster	<i>Histoplasma capsulatum</i>
Sarcoma de Kaposi	Linfoma no-Hodgkin

Lesiones menos frecuentes dentro de la cavidad bucal en pacientes con SIDA son¹⁵:

Tuberculosis

Angiomatosis bacilar

Coccidioidomicosis

Condiloma acuminatum

Molusco contagioso

Agrandamiento de glándula parótida

Toxoplasmosis

Xerostomía

Las enfermedades causadas por la infección de VIH son de gran importancia porque pueden ser la primera expresión clínica de la infección, las infecciones oportunistas alteran la respuesta de tejidos blandos bucales, encía y periodonto; y que el cirujano dentista debe de tener conciencia de esta infección para educar y advertir a sus pacientes.⁵

TIPOS DE CLASIFICACIONES

En las últimas décadas se ha sido testigo del severo desarrollo de nuevas enfermedades; y una de las enfermedades que ha causado más impacto en la humanidad durante este siglo es el SIDA, no solo ha sido el impacto físico sino también el impacto psicológico (conducta). Cuando se identificó al SIDA como una nueva enfermedad, el dentista vino a ser un miembro activo e importante en el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones bucales en este estado de inmunodeficiencia. Al principio de la epidemia había muchos intereses de cómo y cuando tratar a estos pacientes, pero ahora después de 16 años de reconocer casos de SIDA, la gente así como los médicos y dentistas tomaron una actitud de apoyo ante esta enfermedad.⁶

En el orden en que se diagnostican las lesiones bucales en pacientes con VIH, el dentista debe de ser sistemático. Esto incluye desde cuando se presentó la lesión, revisar el historial médico y enlistar todos los medicamentos que ha usado; enseguida, hacer un examen completo extrabucal como intrabucalmente. Todo tipo de anomalías debe ser evaluada y registrada en la historia clínica. Con el análisis de la colección de datos del paciente, el dentista puede hacer un buen diagnóstico diferencial. Después de que el diagnóstico diferencial es determinado, el dentista puede empezar hacer pruebas para indicar el tipo de lesión o enfermedad que esta presente; por lo que se puede enumerar algunas: si el diagnóstico diferencial es candidiasis hacer un cultivo para identificar la infección micótica, si se presume de cáncer tomar una biopsia lo antes posible. Estos procedimientos dan al cirujano dentista un correcto diagnóstico de la lesión y así tratarlo correctamente o remitirlo a un especialista. Las lesiones bucales en pacientes con VIH se agrupan y se clasifican para su estudio y comprensión, y para poder identificarlas con mayor facilidad se han clasificado en dos grupos: por orden de frecuencia y por agente causal.⁷

POR ORDEN DE FRECUENCIA

Esta clasificación fue dada en Amsterdam en 1991 por "EEC Clearinghouse on Oral Problems Related to HIV infection and WHO Collaborating Center on Oral Manifestations of the Human Immunodeficiency Virus".⁸

GRUPO 1**LESIONES FRECUENTEMENTE ASOCIADAS**

a) Infecciones micóticas:

- Candidiasis: Atrofica (eritematosa)
- Pseudomembranosa
- Hiperplásica
- Queilitis angular

b) Infecciones bacterianas:

- Gingivitis ulcero-necrosante
- Eritema gingival lineal
- Periodontitis rápidamente progresiva

c) Infecciones virales:

- Leucoplasia pilosa (virus de Epstein-Barr)

d) Neoplasias:

- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma no-Hodgkin

GRUPO 2**LESIONES RARAMENTE ASOCIADAS**

a) Infecciones bacterianas:

- Actinomicosis (actinomyces israeli)*
- Escherichia coli*
- Klebsiella pneumoniae*

b) Angiomatosis epiteloides bacilar (enfermedad del arañazo de gato)

c) Eritema multiforme

d) Reacción liquenoide

e) Epidermolisis bulosa

f) Infecciones micóticas:

- Criptococosis (*cryptococcus neoformans*)
- Geotricosis (*geotrichum candidum*)
- Histoplasmosis (*histoplasma capsulatum*)
- Mucormicosis (*mucoraceae*)
- Aspergilosis (*aspergillus flavus*)

g) Infecciones virales:

- Citomegalovirus
- Molusco contagioso

GRUPO 3

LESIONES MENOS COMUNES

a) Infecciones virales:

- Herpes simple
- Herpes zoster
- Vañicela
- Condiloma acuminado (virus VPH)
- Hiperplasia epitelial focal (virus VPH)
- Verruga vulgar (virus VPH)

b) Infecciones bacterianas:

- Mycobacterium avium-intracellulare*
- Tuberculosis (*mycobacterium tuberculosis*)

c) Aftas recurrentes

d) Xerostomía

e) Parotiditis

f) Púrpura trombocitopenica

g) Hiperpigmentación melánica

POR AGENTE CAUSAL

Esta clasificación fue dada por varios autores como el Dr. Heddie O. Sedano en su artículo *"Frequent Oral Diseases in HIV Positive and AIDS Patients"* en 1997.⁶

a) INFECCIONES BACTERIANAS

Eritema gingival lineal
Gingivitis ulcero-necrosante
Periodontitis rápidamente progresiva

b) INFECCIONES MICÓTICAS

Candidiasis: pseudomembranosa
hiperplásica
eritematosa
queilitis angular

c) INFECCIONES VIRALES

1. Virus de Epstein-Barr (leucoplasia pilosa)

2. Virus de herpes simplex: gingivo-estomatitis herpética primaria
infección herpética recurrente

3. Virus de varicela zoster: herpes zoster

4. Virus papiloma humano: condiloma acuminatum
hiperplasia epitelial multifocal

5. Citomegalovirus

d) NEOPLASIAS

Sarcoma de Kaposi
Linfoma

e) OTRAS LESIONES BUCALES

Úlceras bucales
Enfermedad de la glándula salival

DEFINICIÓN DE LAS LESIONES MÁS COMUNES

Revisando la literatura varios autores dan clasificaciones y terminología diferente de todas las manifestaciones bucales asociadas al virus; por lo que en este apartado solo se describen las lesiones más comunes asociadas con el virus de VIH.⁸

INFECCIONES BACTERIANAS

ERITEMA GINGIVAL LINEAR

Es conocido como VIH-gingivitis, se caracteriza por una banda eritematosa que sigue el contorno de la encía libre. La encía adherida es el sitio de una reacción inflamatoria compuesta por petequias de color rojizo. Frecuentemente encontramos sangrados espontáneos; la banda eritematosa inflamatoria es resultado de la proliferación bacteriana en el surco gingival (Fig.1). En esta lesión se encuentran microorganismos tales como: bacteroides gingivales, bacteroides intermedios, actinomicetes viscosus y actinobacilos actinomicetemcomitans. El eritema gingival linear se observa en pacientes inmunosuprimidos, no presenta dolor pero es considerado como un precursor potencial de periodontitis ulcero-necrozante. El eritema gingival linear es difícil de distinguir de la gingivitis convencional.^{6,11}

En el tratamiento se mandan enjuagues con gluconato de clorhexidina al 0.12% durante dos semanas dos veces al día. Si la lesión persiste, entonces se prescribe un antibiótico como es el metronidazol de 250mgr, 1 tableta 4 veces al día durante 7 días.^{6,11}



Fig. 1.-Eritema gingival linear⁶

GINGIVITIS ULCERO-NECROSANTE (GUN)

Es una inflamación gingival destructiva que muestra en su forma típica: úlceras necróticas interproximales, las cuales son dolorosas al tacto, y sangran a la menor provocación. En pacientes infectados por el virus del VIH la condición gingival se describe como una encía inflamada de color rojo con un margen de áreas de necrosis de color amarillo-gris con pérdida de la papila interdental (Fig. 2). Muchos estudios muestran que este tipo de gingivitis es más común en pacientes seropositivos que en la población en general. Los microorganismos más frecuentes en este tipo de gingivitis son: borrelia, cocos gram (+), estreptococos B-hemolíticos, cándida albicans y citomegalovirus.⁸

El tratamiento es hacer enjuagues con gluconato de clorhexidina al 0.12% por 2 semanas; también se prescribe antibiótico como el metronidazol de 250mgr tomando 1 tableta 4 veces al día durante 7 días. Si el paciente presenta dolor severo, necrosis y fiebre entonces es necesario prescribir penicilina; amoxicilina de 500mgr 1 tableta 4 veces al día durante 7 días.^{6,11}

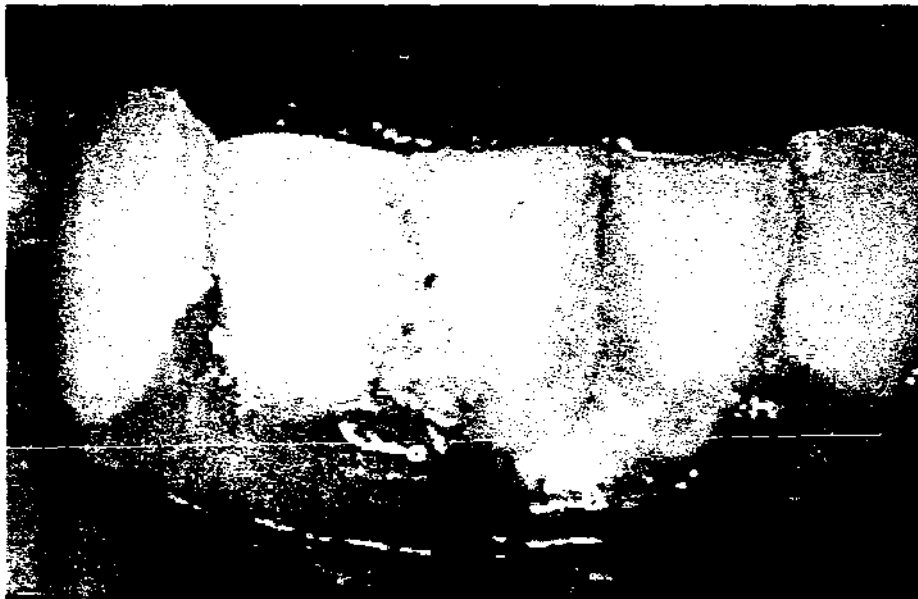


Fig. 2.-Gingivitis ulcero-necrosante CMN XXI

PERIODONTITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA

En este tipo de periodontitis hay destrucción periodontal severa, se caracteriza por una inflamación gingival leve y radiográficamente hay pérdida de hueso alveolar particularmente de la región molar (Fig. 3).⁸

La severidad de la periodontitis es dividida en temprana, moderada y avanzada acorde con la profundidad de las bolsas periodontales, presentándose bolsas de 4 a 5mm, 5 a 8mm y las más grandes de 7 a 8mm. Entre las características clínicas hay edema y eritema gingival, dolor, sangrado espontáneo, necrosis interproximal, úlceras, movilidad dental y emanación de líquido purulento de las bolsas periodontales.⁸

El tratamiento es tener una adecuada higiene bucal, y recibir tratamientos por parte del dentista, como una terapia antimicrobiana.⁸



Fig. 3.-Periodontitis rápidamente progresiva¹⁵

INFECCIONES MICÓTICAS

CANDIDIASIS

Es la micosis bucal más frecuente en pacientes con SIDA. Esta es causada por un hongo del género *Candida albicans*. Existen diversas localizaciones pero la más frecuente es en la cavidad bucal y constituye uno de los signos más tempranos de infección por VIH.⁴

El hongo se adhiere y prolifera en la superficie del epitelio, formando colonias de color blanco fáciles de observar clínicamente. En infecciones crónicas el hongo puede penetrar en lo profundo del tejido, causando un adelgazamiento del epitelio y formación de una superficie queratinizada. Las lesiones blancas de la candidiasis en pacientes con VIH se observan en paladar, mucosa bucal, orofarínge y en los bordes laterales de la lengua. La candidiasis es sintomática, puede causar dolor, sensación de ardor al comer, distorsión y pérdida del sentido del gusto.⁷

CLASIFICACIÓN DE LA CANDIDIASIS

- Pseudomembranosa
- Hiperplásica
- Eritematosa
- Queilitis angular

CANDIDIASIS PSEUDOMEMBRANOSA

Es la forma más frecuente de candidiasis y es conocida como algodoncillo o muguet (Fig. 4). Se caracteriza por una placa blanca removible sobre una zona roja o del color de la mucosa.^{9,10}

Estas placas se remueven dejando una zona roja y a veces sangrante. La candidiasis pseudomembranosa es frecuentemente el primer indicador de VIH y de la progresión de esta misma enfermedad.¹¹



Fig. 4.-Candidiasis pseudomembranosa CMN XXI

CANDIDIASIS HIPERPLÁSICA

La candidiasis hiperplásica es asintomática, y en pacientes con VIH normalmente se encuentra en la mucosa bucal y área retromolar y al hacer un raspado de la lesión esta no se desprende; aunque es raro encontrarla en este tipo de pacientes (Fig. 5).¹²

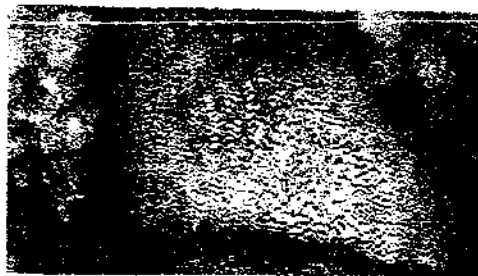


Fig. 5.-Candidiasis hiperplásica¹⁷

CANDIDIASIS ERITEMATOSA

Es una lesión plana de color rojo que puede aparecer en cualquier parte de la boca pero la mayoría de las veces aparece en la superficie dorsal de la lengua y en la zona palatina (Fig.6). Esta lesión es probablemente la menos diagnosticada en personas con VIH, tiende a ser sintomática con una principal molestia que es el ardor, usualmente es asociada con alimentos condimentados o salados. Tiende a parecerse a una pizza quemada y presenta lesiones traumáticas en paladar blando y duro. La candidiasis eritematosa es la manifestación más temprana de una disfunción inmune.¹¹



Fig. 6.-Candidiasis eritematosa¹⁷

QUEILITIS ANGULAR

La queilitis angular es una lesión que no se diagnostica en la infección por VIH pero puede estar asociada con la candidiasis pseudomembranosa; aparece como hendiduras o fisuras en las comisuras de la boca (Fig. 7).¹¹



Fig. 7.-Queilitis angular CMN XXI

El tratamiento sistémico de la candidiasis en general es a base de antimicóticos como el ketoconazol, itraconazol o fluconazol. También se mandan enjuagues bucales con clorhexidina, y aplicaciones tópicas de nistatina en suspensión.^{7,11}

INFECCIONES VIRALES

LEUCOPLASIA PILOSA (VIRUS DE EPSTEIN-BARR)

La leucoplasia pilosa bucal es una lesión blanca que se encuentra predominantemente en los bordes laterales de la lengua, paladar blando y piso de boca; esta lesión se ha visto en todos los grupos de riesgo por VIH (Fig. 8). Clínicamente se observa que puede variar en tamaño y apariencia, puede ser unilateral o bilateral, presenta pliegues finos, algunas áreas pueden ser planas. Muchas veces la lesión se extiende hasta la superficie dorsal de la lengua. La leucoplasia pilosa también aparece en mucosa bucal como lesiones planas y los pacientes son asintomáticos. La leucoplasia puede ser diagnosticada con una biopsia cuando no es posible distinguirla de candidiasis hiperplásica crónica, liquen plano o carcinoma de células escamosas. El virus de Epstein-Barr puede ser identificado en vacuolas o células espinosas y en la capa superficial del epitelio.^{13,14}

Como la leucoplasia pilosa es asintomática no requiere de tratamiento, aunque ocasionalmente se administran medicamentos como el aciclovir que en altas dosis hace que desaparezca la leucoplasia pilosa.^{13,14}



Fig. 8.-Leucoplasia pilosa¹⁵

HERPES SIMPLE

El virus del herpes simple es común en paciente con VIH, este virus aparece como una lesión intrabucal recurrente con vesículas dolorosas. El herpes simple aparece en el borde de los labios; los pacientes refieren dolor, comezón y la presencia de pequeñas vesículas las cuales se rompen y forman costra (Fig. 9).¹⁴

El virus de herpes simple entra al cuerpo a través de la piel, aunque hay evidencia de que puede entrar por las membranas mucosas, el 10% de los casos del virus herpes simple tipo 2 (HSV-2) se encuentra en lesiones bucales y el virus herpes simple tipo-1 (HSV-1) se encuentra en las lesiones genitales. Pacientes infectados por HSV-1 o HSV-2 experimentan una infección primaria inicial seguida de un estado de latencia; muchos de los casos de infección inicial por herpes no dan lesiones clínicas y tienen síntomas clínicos mínimos.¹⁵

El virus es neurotrópico porque penetra la barrera mucosa sin manifestaciones visibles o síntomas, este infecta los nervios periféricos y migra al ganglio regional donde permanece latente, en este sitio es indetectable por el sistema inmunológico y no es diagnosticable hasta que es activado, la activación resulta de la migración a lo largo del nervio hasta la superficie epitelial, esta migración puede ser activada por varios factores como: estrés emocional, trauma, frío, luz solar, problemas gástricos, fiebre, ciclo menstrual y muchos factores más que están relacionados con la inmunosupresión.¹⁵

No hay un tratamiento efectivo para el herpes simple, pero en muchos casos el aciclovir sana las lesiones en corto tiempo. Cuando el virus se hace resistente al aciclovir, el virus puede invadir la piel de la cara, labios, nariz y boca.¹³



Fig. 9.-Herpes simple⁶

HERPES ZOSTER

El herpes zoster es causado por el virus de la varicela zoster; esta enfermedad se observa en personas de mayor edad e inmunosuprimidos. El herpes zoster bucal es asociado a lesiones en la piel, quizás presenta un periodo prodrómico de dolor, seguido de vesículas múltiples que aparecen en la piel facial, labios y mucosa bucal. Las lesiones en piel y boca son unilaterales y siguen el trayecto nervioso de la maxila y mandíbula (ramas del nervio trigémino) (Fig. 10). Las lesiones en piel forman costras y las lesiones bucales forman úlceras, las cuales afectan la encía además de dolor dental, estas úlceras sanan en 2 o 3 semanas.¹³

El tratamiento es a base de aciclovir oral en dosis altas (4gr. por día) en casos severos, pero muchas veces el paciente tiene que ser hospitalizado para recibir aciclovir intravenoso.¹⁴



Fig. 10.-Herpes zoster⁶

VIRUS PAPILOMA HUMANO

Verrugas bucales, papilomas, verrugas en piel y verrugas en genitales son asociadas con el virus papiloma humano; las verrugas anales son reportadas en su mayoría en hombres homosexuales. Clínicamente las lesiones en cavidad bucal aparecen como nódulos múltiples, los cuales pueden ser sesiles o pedunculados. La lesión se asemeja a una coliflor (Fig. 11).¹³

En pacientes con VIH hay varios tipos de esta lesión, algunos son el 6, 11, 16 y 18 los cuales están asociados con verrugas anales; el tipo 7 asociado a verrugas en piel y los tipos 13 y 32 asociados a hiperplasia epitelial focal (enfermedad de Heck). Para llevar a cabo el diagnóstico es necesario hacer una biopsia, muchas verrugas bucales se han visto más en pacientes con VIH que en pacientes aparentemente sanos. El tratamiento es quirúrgico o excisión con laser.^{13,14}



Fig. 11.-Virus papiloma humano⁶

NEOPLASIAS

SARCOMA DE KAPOSI

El sarcoma de Kaposi aparece como mácula, pápula o nódulos de color rojo o azul, su etiología se asocia al virus herpes tipo 8, asintomático, aunque puede haber dolor por la presencia de una úlcera traumática con inflamación e infección (Fig. 12). El sitio más común de la lesión es el paladar duro, pero también se puede encontrar en cualquier parte de la mucosa bucal, incluyendo la encía y paladar blando (Fig. 13). El sarcoma de Kaposi debe de diferenciarse de hematomas, hemangiomas, tumores vasculares y granulomas piógenos.^{13 14}

El tratamiento es la excisión quirúrgica o por láser. La terapia de radiación local puede ser usada para reducir el tamaño de la lesión. Algunas de las lesiones responden a una inyección local de vinblastina.¹⁴



Fig. 12.-Sarcoma de Kaposi CMN XXI



Sarcoma de Kaposi en forma nodular en ambos lados del paladar



Lesión macular en paladar duro



Máculas y nódulos en la encía del maxilar

Fig. 13¹⁵

LINFOMA

El linfoma no Hodgkin es difuso e indiferenciado, es frecuente en pacientes con VIH, este puede aparecer en cualquier parte de la cavidad bucal. La lesión se presenta como una masa firme, asintomática, de bordes indurados y persistentes úlceras; el diagnóstico diferencial se lleva a cabo por biopsia (Fig. 14). Después de hacer el diagnóstico el paciente debe ser referido para evaluar la enfermedad por VIH y posteriormente darle tratamiento.^{13,15}

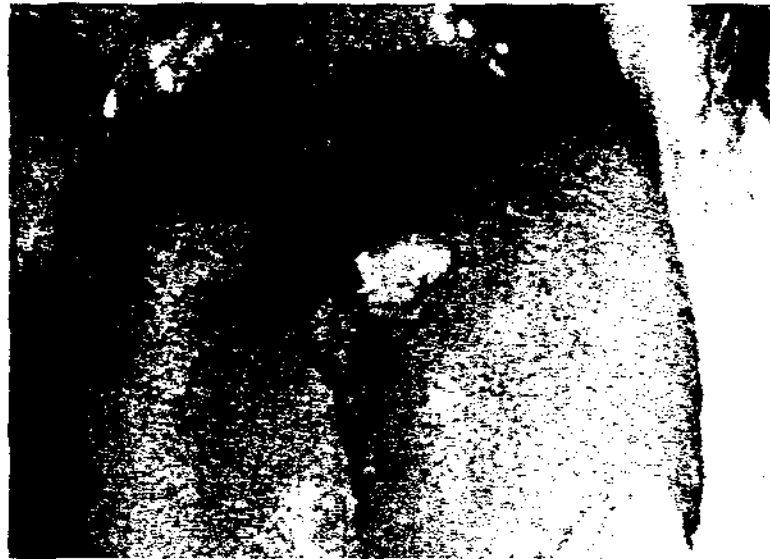


Fig. 14.-Linfoma¹⁵

MANIFESTACIONES BUCALES DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA

ÚLCERAS BUCALES

La úlcera aftosa recurrente se presenta con frecuencia en personas infectadas por VIH. La causa de esta úlcera aún no se sabe, aunque hay muchos factores predisponentes como el estrés y agentes infecciosos. En pacientes infectados por VIH las úlceras son bien circunscritas y con márgenes eritematosos (Fig. 15). Se han descrito varios tipos de úlceras aftosas recurrentes; menores, mayores y herpetiformes; la úlcera menor aparece como una lesión solitaria de 0.5 a 1cm de tamaño, la úlcera herpetiforme aparece como un grupo de pequeñas úlceras (1mm a 2mm) en el paladar blando y orofaringe, y la úlcera mayor aparece como una úlcera necrótica de 2 a 4cm de tamaño; estos diferentes tipos de úlceras son muy dolorosas y persisten por varias semanas.¹³

Es muy difícil de diagnosticar este tipo de úlceras; la úlcera herpetiforme es muy similar a las lesiones por el virus Coxsackie, la úlcera mayor requiere biopsia para excluirla de las lesiones malignas como el linfoma. Las úlceras aparecen en mucosa no queratinizada, por lo que se pueden diferenciar de las causadas por herpes simple. Este tipo de úlceras responde positivamente a los esteroides tópicos.¹³



Fig. 15.-Úlcera bucal¹⁵

ENFERMEDAD DE LA GLÁNDULA SALIVAL

En la enfermedad de la glándula salival asociada con VIH, puede presentarse xerostomía con o sin agrandamiento de la glándula. El agrandamiento de la glándula ha sido reportado en niños y adultos con VIH; la glándula parótida es la más afectada.¹³

No hay una causa específica que determine el origen de la enfermedad de la glándula salival en pacientes con VIH, aunque se sospecha de infecciones virales.¹⁴

REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Paciente referido del servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Centro Médico Nacional Siglo XXI (Torre de Especialidades).

DATOS PERSONALES

Paciente masculino de 38 años de edad, soltero, ocupación mesero, escolaridad quinto semestre de bachillerato, homosexual con múltiples parejas sin protección.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Esquizofrénico desde hace 12 años y es controlado con neurolépticos (carbamazepina, levopromazina, biperideno). Ha sido internado varias veces en hospital psiquiátrico. Se le practicó una apendicectomía hace 3 años complicada con peritonitis. Se le diagnosticó SIDA desde hace 7 años, en los cuales se le ha internado al hospital por cuadros diarreicos.

PADECIMIENTO ACTUAL

Presenta condilomas en glande, ardor en meato urinario y candidiasis bucal.

EXPLORACIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS

1.-*Cardiorespiratorio*.- disnea de medianos esfuerzos de aproximadamente 6 meses de evolución, acompañada de tos matutina seca. Niega dolor precordial y palpitaciones.

2.-*Genitourinario*.- refiere disuria durante toda la micción, nicturia, niega disminución de la fuerza del calibre del chorro de la orina, poliaquiuria y tenesmo vesical.

3.-*Musculoesquelético*.- disminución de la fuerza muscular o debilidad.

4.-*Órganos de los sentidos y SNC*.- refiere alucinaciones visuales, auditivas, con delirio de persecución, pérdida de la atención.

5.-*Síntomas generales*.- pérdida de peso desde hace 2 años posterior a resección intestinal (12kgr.), pérdida de apetito, hipodinamia, caquéctico.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Peso actual.- 47,500 kgr.

Peso habitual.- 65 kgr.

Estatura.- 1.61 mts.

Tensión arterial.- 120/80

Temperatura.- 36.8 grados

Respiración.- 19 x'

CABEZA Y CARA

Cráneo normocefalo, cabello bien implantado, hipotrofia muscular a nivel de maxilares, en cavidad bucal en las zonas de la mucosa bucal, lengua (parte dorsal y ventral, paladar blando y duro presenta lesiones de color blanco-amarillas, de superficie rugosa, mal delimitadas, con zonas eritematosas, las cuales fueron diagnosticadas como candidiasis pseudomembranosa (Fig. 16,17,18,19). A nivel peribucal presenta dermatosis caracterizada por pápulas aisladas, eritematosas, así como algunas erosiones.



Fig. 16 CMN XXI

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

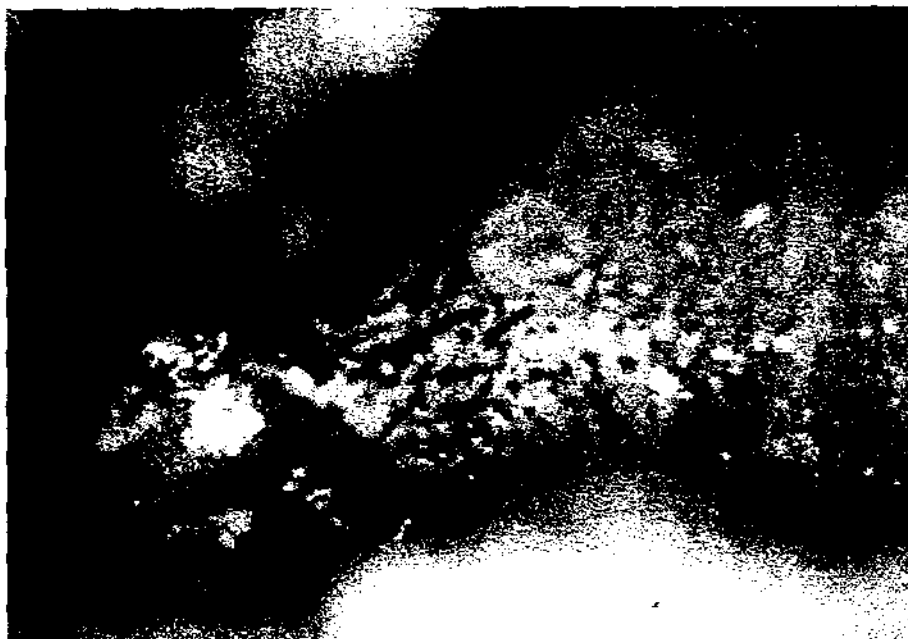


Fig. 17 CMN XXI



Fig. 18 CMN XXI



Fig. 19 CMN XXI

CONCLUSIONES

En este trabajo se analizó como se clasifican las lesiones bucales relacionadas con el virus de VIH, tomando en cuenta su orden de aparición y su agente causal; además de definir y describir las características clínicas más importantes de cada lesión así como los tratamientos para cada una.

Las personas dedicadas al cuidado de la salud (médicos y dentistas) deben tener conciencia de lo que esta enfermedad representa; en el caso particular del cirujano dentista muchas de las manifestaciones del SIDA aparecen en cavidad bucal y la mayoría son las primeras manifestaciones clínicas de la enfermedad, por lo que el dentista debe de tener los mínimos conocimientos de dichas lesiones para poderlas diagnosticar y tener la capacidad de detectar a una persona portadora del virus, y saber cuando, como y donde remitir al paciente a un servicio hospitalario especializado.

El cirujano dentista adquiere un compromiso social al ser un profesional del cuidado de la salud, por lo que debe ser más consciente y participativo en este problema que esta aquejando a la sociedad entera.

GLOSARIO

- Biopsia:** examen de laboratorio efectuado con un trozo del tejido, secreción u otro material, para determinar con su estudio anatomopatológico, la índole de la infección.
- Caquéctico:** el paciente presenta gran debilidad, pérdida de peso, anemia y adelgazamiento extremo.
- CD4:** linfocito T colaboradores-inductores.
- Eritema:** aparición de manchas rosadas, rojizas o violáceas producidas por congestión o vasodilatación de los tegumentos.
- Lentivirus:** cualquier virus de la subfamilia Lentivirinae. Sus rasgos característicos son; están relacionados con una enfermedad con largo período de incubación, atacan al sistema hematopoyético, afectan al Sistema Nervioso Central.
- Mácula:** zona de la piel que aparece pigmentada, con tinte más oscuro que el de las zonas vecinas y sin elevación con respecto a éstas.
- Neurotrópico:** que manifiesta afinidad por el Sistema Nervioso Central.
- Nódulo:** pequeña protuberancia sólida que puede ser percibida mediante palpación.
- Pápula:** aparece como una suave elevación sólida y circunscripta.
- Petequía:** hemorragia cutánea que presenta el tamaño de una cabeza de alfiler.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miller D.; **Atención de pacientes de SIDA**; El Manual Moderno S.A. de C.V.; México, D.F.; 3, 208 a 218; 1989.
2. Devita T. V.; **SIDA etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención**; SALVAT; 2da. Edición; Barcelona, España; 33; 1990.
3. Sande M.A.; **Manejo médico del SIDA**; Interamericana-McGraw-Hill; 2da. Edición; México, D.F.; 10 a 18, 135, 136, 137, 145; 1992.
4. Romo G. J.; **SIDA manejo del paciente con HIV**; El Manual Moderno S.A. de C.V.; 2da. Edición; México, D.F.; 6, 53, 55, 136, 137; 1997.
5. Genco, Goldman, Cohen; **Periodoncia**; Interamericana-McGraw-Hill; México, D.F. 1; 316; 1993.
6. <http://www.dent.ucla>; Dr. Heddie O. Sedano; Frequent oral diseases in HIV Positive and AIDS patient, 1997.
7. <http://www.hivdent.org>; Cesar A. Migliorati and Erica K.J. Migliorati; Oral lesions and HIV, 1999.
8. Winkler J.; Periodontal disease associated with HIV infection; Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, 73: 145-150, 1992
9. <http://www.hivdent.org>; Drs. Deborah Greenspan and John S. Greenspan; Oral manifestations of HIV infection, 1999.
10. Regezi A. J.; **Patología bucal**; Interamericana-McGraw-Hill; 2da. Edición; México, D.F.; 126, 127; 1995.
11. <http://www.hivdent.org>; David A. Reznik; Recognition and Management of Oral Manifestations of HIV and AIDS infection, 1999.
12. Schiodt and Pindborg; Aids and the oral cavity. Epidemiology and clinical oral manifestations of human immune deficiency virus infection: a review; Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 7:16: 1-14; 1987.
13. Cohen, Sande, Volberding; **The aids knowledge base**; The medical publishing group, Massachusetts; 5.2.1 (3,4,5,6,7) 5.2.2 (1,2) 5.2.3 (1,2,3); 1990.
14. Sande; Volberding; **The medical management of AIDS**; W.D. Saunders Company; 5ta. Edición; Philadelphia; 173, 174, 175, 176; 1997.
15. Sapp P. J.; **Contemporary oral and maxillofacial pathology**; Mosby; St. Louis Missouri; 199,217,221;1997.
16. Friedenthal M.; **Diccionario de odontología**; Panamericana; 2da. Edición; Argentina; 113,142,291,319,536,644,649,716; 1996.

17. Ceballos A.; *Manifestaciones orales asociadas a la Infección del VIH*, Ed. Jpsygo; España; 1995.