

Artículo Original

Estudio observacional descriptivo de las lesiones orales presentes en pacientes con VIH y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), en las fases intermedia / crónica y final / crisis de la enfermedad.

Mara Celeste González Estigarribia, Adriana Patricia Pérez de Monferrato, Alicia Velázquez Llamas.

Facultad de Odontología. Universidad Central del Paraguay.

Observational descriptive study of the oral lesions presents in patients with HIV and Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) on intermediate/chronic and final/crisis phase of disease.

The identification of the oral lesions in patients with AIDS is very important, because the appropriate treatment of them is based on correct diagnosis and considering the factor of immunosuppression in which they find, they need and deserve a special handling. Objective: Identify and quantify the oral lesions presents in patients with HIV + (AIDS) during the intermediate/chronic and final/crisis phase, in ambulatory and hospitalized patients, involved in the National Program against AIDS known as PRONASIDA from the Republic of Paraguay. Methods: A observational descriptive study cross cut was realize, with a total of 30 patients with positive serology for HIV, 23 male and 7 female, with an average age of 37 (+/- 9.22) years old. During the study was recorded the bucal lesions in a medical file previously elaborated, such lesions was photographed an attached to each patient file. The observers were calibrated throughdiagnostic imaging whit a witness and it throw a KAPPA value equal to 100%. Results: The most common oral lesions registered according to this study was: Candidiasis, unspecified Ulcer, Herpetic lesions and Angular Cheilitis type. Conclusion: Statistically in this population was observed that the most common oral lesion found in patients with AIDS is produced by Candida the genus albicans, mainly affecting the tongue and palate. Key words: HIV, phase, AIDS, oral lesions.

Resumen

La identificación de las lesiones orales en pacientes con SIDA es sumamente importante, ya que el tratamiento adecuado de las mismas se basa en el correcto diagnóstico y considerando el factor de inmunosupresión bajo el cual se encuentran, merecen y requieren un manejo especial.

Objetivo: *Identificar y cuantificar las lesiones orales presentes en pacientes con VIH+ (SIDA) durante las fases intermedia/crónica y final/de crisis de la enfermedad en pacientes ambulatorios e internados, que participan del Programa Nacional de lucha contra el SIDA conocido como PRONASIDA de la República del Paraguay.*

Métodos: *Se realizó un estudio descriptivo observacional de corte trasversal, con un total de 30 pacientes con serología positiva para VIH, 23 de sexo masculino y 7 femenino, con una edad promedio de 37 (± 9.22) años. Durante el estudio se registraron las lesiones bucales en una ficha clínica previamente elaborada, dichas lesiones fueron fotografiadas y anexadas a la ficha de cada paciente. Los observadores fueron calibrados a través de un diagnóstico por imágenes con un testigo arrojando un valor de KAPPA igual a 100%. Resultados: Según este estudio las lesiones bucales más frecuentes registradas fueron: las Candidiosis, Úlceras inespecíficas, lesiones Herpéticas y del tipo Queilitis Angular. Conclusión: Se observó que estadísticamente en esta población, la lesión bucal comúnmente encontrada en personas que presentan SIDA, es la producida por *Cándida género albicans*, afectando principalmente a lengua y paladar.*

Palabras clave: *VIH, fases, SIDA, lesiones bucales.*

Introducción

La transmisión del virus en la población ocurre como resultado de exposiciones múltiples y repetidas por vías de trasmisión que se

encuentran altamente relacionada con patrones de conducta individuales, particularmente actividad sexual y el uso de drogas intravenosas (1). Existen tres vías de transmisión: Sanguínea: mediante exposición a la sangre o sus derivados de una persona infectada; administración de concentrados de factores de coagulación sin tamizar, intercambio de agujas contaminadas, heridas involuntarias con agujas o instrumentos con sangre contaminada y salpicaduras de sangre u otros fluidos potencialmente infectantes o contaminados con sangre en heridas abiertas o membranas mucosas –las dos últimas pueden ocurrir en trabajadores de salud. Sexual: a través de las relaciones sexuales no protegidas con penetración vaginal o anal se clasifican de alto riesgo. El contacto oral genital no protegido acarrea cierto grado de transmisibilidad. La falta de continuidad en la mucosa oral producida por abrasión o por lesiones ya existentes podría facilitar la infección. El riesgo de transmisión a través de besos es casi inexistente, siendo necesaria la presencia de heridas abiertas en la mucosa oral. Perinatal: transmitida de la madre al hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia (3).

Según el estado de desarrollo de la enfermedad se pueden distinguir tres fases: Fase inicial, precoz o aguda: el paciente puede no presentar síntomas independientemente del mecanismo de trasmisión, los síntomas que aparecen tras la transmisión del VIH guardan relación con la dosis infectante, la virulencia de la cepa y la capacidad de respuesta del sujeto infectado (4). El VIH se disemina e invade muchos tejidos, especialmente el sistema linfático⁸. En esta fase los recuentos del CD4⁺ son de 500 o más unidades/mm³, con carga viral menor a 5.000 copias/ml¹⁶ (5).

Fase intermedia o crónica: de duración variable, se estima en varios años, persiste la proliferación viral de 5.000 a 100.000

copias/ml y un recuento de CD4+ entre 200 a 500 unidades/mm³ 16. Los pacientes suelen ser asintomáticos, con adenopatías o sin ellas, cifra baja de plaquetas y mínimos trastornos neurológicos. Existen amplias variaciones individuales (6).

Fase final, de crisis o de sida: Coincide clínicamente con una profunda alteración del estado general del paciente (síndrome de desgaste), aparición de graves infecciones oportunistas, neoplasias y alteraciones neurológicas (7). Es el momento en el que se considera que el infectado por el VIH tiene SIDA. Los recuentos de células CD4+ son menores a 200 unidades/mm³ y la carga viral mayor a 100.000 copias/ml. El pronóstico de supervivencia es variable; parecen influir la edad, el mecanismo de contagio y la forma de presentación (8).

Las pruebas iniciales para el diagnóstico de la infección por el VIH conocidas como ensayos inmunológicos o prueba de ELISA (Enzyme Immunosorption Assay), detectan la presencia de anticuerpos contra el VIH (2).

Las lesiones orales de acuerdo con el número de CD4+ en sangre se clasifican en: más de 500 unidades/mm³ adenopatías cervicales como parte del cuadro de linfadenopatías generalizada persistente, Candidiasis oral (a veces). Entre 200 y 500 unidades/mm³ Candidiasis oral, Herpes zoster trigeminal, Sarcoma de Kaposi y Leucoplasia vellosa oral. De 50 y 200 unidades/mm³. Herpes simple recidivante. Menos de 50 unidades/mm³ ulceraciones oral por Citomegalovirus (8).

La Candidiasis es una infección micótica, el agente causal es *Cándida albicans*. Se clasifica en cuatro tipos: Seudomembranosa (algodón-cillo), 5 son placas o puntos blancos o amarillentos, que pueden ser removidos, pero queda una superficie sangrante y dolorosa 4,5,6. Se localiza en el paladar blando 6. Hiperplásica (leucoplásica) caracterizada por placas blancas firmes y adheridas, que no se pueden remover 4,6. Es rebelde a todo tipo de tratamiento 6

asociado a supresión severa del sistema inmune. Eritematosa: Se caracteriza por áreas rojas, sin puntos o placas blancas removibles, localizado en el paladar, carrillo y dorso de la lengua (aspecto liso)(4,5,6). Queilitis Angular (Estomatitis comisural): Se presenta como fisuras o grietas, eritema o ulceración de la comisura labial 4,6. Puede presentarse durante los períodos iniciales y en el VIH progresivo, algunas veces con Xerostomía. Puede ser asintomático o asociarse a dolor, ardor o irritación.

Entre las enfermedades producidas por virus encontramos: Virus del Herpes Simple (VHS). 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 3,0mm de diámetro. Las úlceras son profundas, dolorosas y pueden persistir por varias semanas y hasta meses siendo muy frecuentes las recidivas 4,5,10. Puede acompañarse de neuralgias del trigémino o parálisis facial periférica. 6 Una infección mucocutánea por el VHS (virus del herpes simple) de más de 30 días de duración en un paciente seropositivo al VIH es confirmativa de SIDA 5. Herpes Varicela – Zoster la primoinfección por este virus es la varicela y la recidiva como consecuencia de la reactivación a partir de su latencia en los ganglios raquídeos es el Herpes Zoster. La aparición facial constituye la reactivación del virus a partir del ganglio de Gasser y de la afección del área facial inervada por el trigémino en una o más de sus tres ramas, *oftálmico*, maxilar y mandibular. El cuadro suele comenzar con dolor unilateral en el dermatoma correspondiente a una de las ramas terminales, luego un enrojecimiento del área, para dar lugar a la instauración de vesículas (8).

Leucoplasia Vellosa o Leucoplasia Pilosa (LP) son manchas blancas de superficie corrugada y forma pliegues de orientación vertical .Aparecen en el borde lateral de la

lengua, puede ser unilateral o bilateral, se puede extender a la cara dorsal o ventral de la lengua y ocasionalmente se puede hallar en otros sitios de la mucosa bucal (4,5,6) es asintomática, algunos pacientes sufren molestias leves por la aspereza o rugosidad de la superficie de la lesión (4,5).

Su relación con el Virus de Einstein Bar contribuyó al reconocimiento como una manifestación bucal del VIH; pero más que eso, está relacionada con la inmunosupresión provocada por la mononucleosis, pero también puede ser producida por el Citomegalovirus y en un 1% de los casos por *Toxoplasma gondii*(4,5,6).

Hiperplasia Epitelial Focal o Enfermedad de Heck se caracteriza por múltiples lesiones epiteliales, sésiles, lisas, ubicadas sobre la semimucosa y la mucosa de los labios, la zona anterior de los carrillos y los bordes y la punta de la lengua. Son producidas por los serotipos 13 y 32 del Papilomavirus humano (8).

El citomegalovirus se presenta como ulceraciones múltiples, dolorosas, con bordes netos pero irregulares, cubiertas en general por pseudomembranas espesas, muy dolorosas que ocasionan serias dificultades para la alimentación. Clínicamente suelen diagnosticarse como Herpes simple. Pueden observarse: retinitis, alteraciones en el SNC y manifestaciones en el tracto digestivo. Desde el punto de vista estomatológico resultan interesantes resaltar las ulceraciones orales (8). Estomatitis aftosa. Son lesiones inflamatorias de la mucosa bucal, dolorosas y recurrentes, aparecen úlceras redondeadas u ovoideas con un centro necrótico cubierto por una pseudomembrana amarillo grisácea y rodeado por un halo eritematoso (13).

El Sarcoma de Kaposi (SK) es la neoplasia más frecuente en pacientes con SIDA. Las manchas del Sarcoma de Kaposi afectan a la mucosa de la boca, sobre todo el paladar. Aparecen placas o nódulos violáceos de diferentes tamaños, existen formas de presentación ganglionar sin lesiones de la piel o como lesiones de las mucosas de boca. La

presencia de edema o ulceración y la afectación extensa de mucosa oral son consideradas como factores negativos del pronóstico (12).

Es por ello que los profesionales de odontología son claves en el reconocimiento precoz de signos, síntomas y lesiones intraorales que se han identificado como relacionadas con el VIH/SIDA (3).

Actualmente en nuestro país no existen muchas investigaciones sobre lesiones bucales asociadas al VIH; es por ello que decidimos contribuir con la presente investigación; debido a que en los centros asistenciales no existen registros o fichas clínicas odontológicas con las que el profesional pueda detectar la infección.

Identificar y cuantificar lesiones orales en pacientes con VIH/SIDA en las fases intermedia/crónica y final/de crisis en pacientes ambulatorios que acuden al Programa Nacional de lucha contra el SIDA (PRONASIDA) e internados del Instituto de Medicina Tropical (IMT) mayores de 18 años.

Materiales y métodos

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, infectados con VIH/SIDA del PRONASIDA en las etapas intermedia/crónica y final/de crisis/SIDA (IMT). Ambos sexos.

Para el desarrollo de la investigación se tuvieron en cuenta consideraciones éticas relacionadas a personas con VIH/SIDA según el código de Helsinki.

Se solicitó a los pacientes su consentimiento libre y esclarecido por escrito, post aceptación y se les explicó que no ocurrirá daño físico, psicológico o social alguno, pues estarán fundamentados en relaciones interpersonales y grupales, así como en la aplicación de los principios éticos.

Los pacientes ambulatorios, objeto de estudio, fueron examinados clínicamente en un consultorio asignado para el efecto en el local del Instituto de Medicina Tropical del área de asistencia integral del PRONASIDA, bajo la dirección del Dr. Nicolás Aguayo (Director del PRONASIDA); proponiendo trabajar los días viernes de 07:30 a 11:00 horas a partir del mes de julio a noviembre del año 2009.

Los pacientes internados en el área de Infectología del IMT fueron examinados clínicamente en sus respectivas salas.

El trabajo consistió en la observación clínica de la cavidad oral/perioral y diagnóstico clínico diferencial con la ficha clínica (ANEXO II) de los pacientes objeto de estudio.

El procedimiento fue realizado bajo normas de bioseguridad (gorrito, guantes, tapa boca, todos desechables y gafas de protección), con la utilización de baja lengua, luz artificial, con una linternita de luz blanca de 12 Voltios (sin marca específica), en un consultorio médico, en un sillón metálico acolchonado de color negro no odontológico, puesto que la institución no cuenta con uno que sí lo sea.

Las lesiones bucales orales fueron fotografiadas salvaguardando el rostro completo del paciente y su identidad, con una cámara digital marca Sony® de 7,2 megapixel.

Una vez obtenido los datos, fueron cargados en una planilla Excel®.

Luego se realizaron tablas de frecuencias; a fin de garantizar la calidad de la información. Para los datos cuantitativos se determinaron medidas de tendencia central y de dispersión, y para las variables cualitativas las proporciones y porcentuales.

Todos los resultados fueron presentados en tablas y gráficos para su mejor comprensión.

Resultados

Tabla N° 1: Variables clínicas

	N	Media
Población Total	30	37+ 9,22
Pob. Masculina	23	37,1+ 8,96
Pob. Femenina	7	35,6+ 9,46

Gráfico N° I: Lesiones frecuentes en pacientes con VIH/SIDA

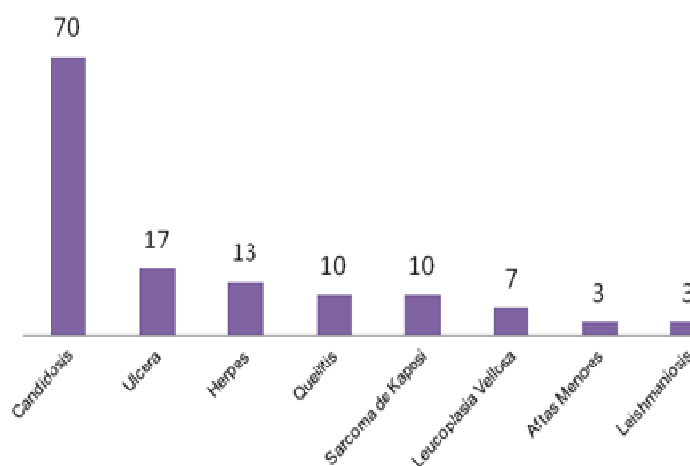


Gráfico N° II Candidiasis pseudomembranosa en pacientes con VIH/SIDA, según localización

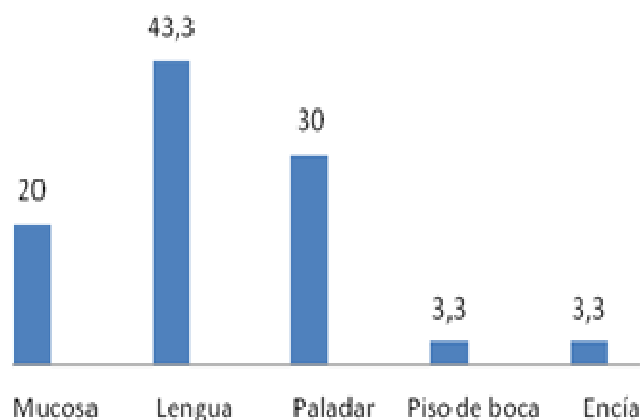


Gráfico N° III Úlcera en pacientes con VIH/SIDA, según localización.

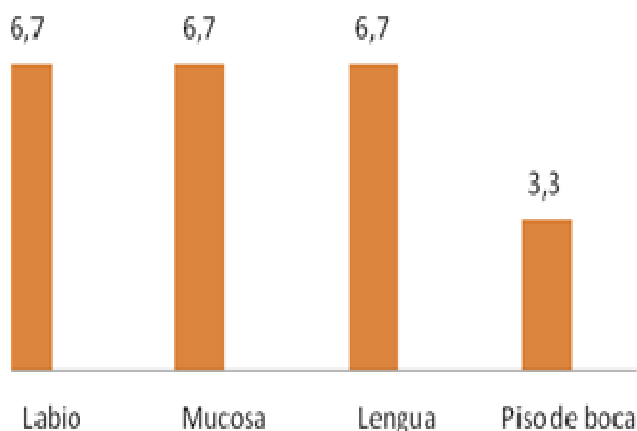


Gráfico N° IV: Herpes simple en pacientes con VIH/SIDA, según localización.

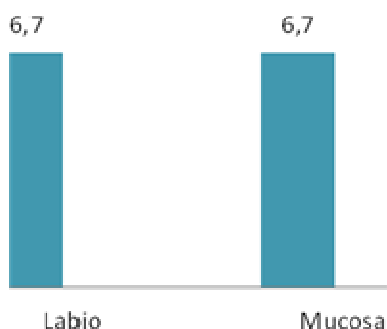
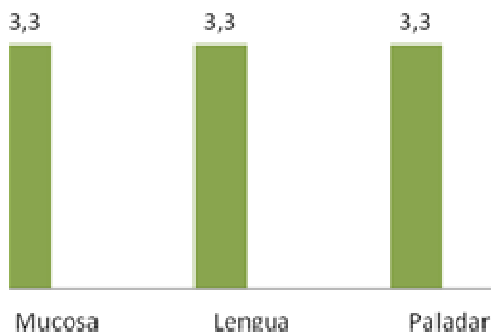


Gráfico N° V: Sarcoma de Kaposi en pacientes con VIH/SIDA, según localización.



Discusión y Conclusión

En nuestra investigación encontramos que los 30 pacientes infectados por el VIH en las fases

intermedia/crónica y final de crisis o SIDA las lesiones más frecuentes eran las características de Candidiasis pseudomembranosa que están localizadas en mayor frecuencia en la lengua, contradiciendo con el estudio realizado por Klein RS6 que la localizan en el paladar blando.

El grupo más afectado es el sexo masculino, situación reflejada en estudios previos tales como el trabajo de Eyenson y Sharma (14,15).

Nuestro estudio demuestra que, entre las enfermedades producidas por virus encontramos que la más frecuente es el Herpes simple en labio y mucosa; entre las neoplásicas el Sarcoma de Kaposi localizados en mucosa, lengua y paladar como se ha observado en estudios realizados anteriormente por Santana Garay JC y Field. JM (10,12).

De todas las lesiones encontradas, el 70 % corresponde a la candidiasis, siendo la zona más afectada la lengua, existiendo una moderada diferencia con relación al paladar y mucosa bucal. Estos valores son muy similares a los obtenidos por Ramírez, quien encontró que la candidiasis representaba el 46% de las lesiones encontradas y el tipo pseudomembranosa se presentó en el 15%, Field encontró también que la zona más afectada por candidiasis pseudomembranosa fue la lengua (7,12).

Los resultados obtenidos en el estudio resaltan la importancia de la identificación adecuada de las lesiones bucales por parte del odontólogo para un diagnóstico y tratamiento adecuado de cada patología, con el fin de aliviar la molestia del paciente, haciendo que se sientan bien consigo mismo y con el entorno en que se encuentran.

En el transcurso del trabajo nos percatamos, que la ficha clínica no era la más indicada para el estudio, lo que impidió obtener datos más precisos en cuanto al tipo

de lesión que presenta el paciente y el estadio de la enfermedad (SIDA). Sería de gran utilidad agregar más variables a la ficha clínica como por ejemplo preferencia sexual, vías de transmisión y nivel de CD4, para enriquecer dicho trabajo. En cuanto a estadio de la enfermedad estuvimos mal enfocados, porque lo ideal sería que al ser pacientes bajo

tratamiento no deberían presentar lesiones bucales, la aparición de lesiones bucales podrían deberse a que no cumplían con rigor las indicaciones del médico tratante. Se sugiere abordar la investigación en el estadio inicial debido a que los pacientes pueden presentar manifestaciones bucales, que el profesional pueda detectar la infección por VIH, a través de dichas manifestaciones.

A nuestro parecer los pacientes estudiados presentaron lesiones bucales debido a la falta de conciencia de conservar su salud y medidas profilácticas adecuadas, ya que al estar infectados con el VIH los hace más vulnerables a adquirir infecciones oportunistas. Contradiendo los resultados obtenidos por Ac Salobreña, LAG Cepeda y M Teresa, en el que la población estudiada presentó mejoras en las condiciones orales debido a que asumieron la importancia de conservar su salud (13).

Referencias

1. Mc. Douglas JS, Kennedy MS, Nicholson JK, Spira TJ, Jaffe HW, Kaplon JE et al. Antibody response to Human Immunodeficiency Virus in homosexual men. Relation of antibody specificity, titer, and isotype to clinical status, severity of immunodeficiency, and disease progression. *J Clin Invest* 1987.
2. Pantaleo G, Graziosi C, Fauci AS. New concepts in the immunopathogenesis of Human Immunodeficiency Virus infection. *N Engl J Med* 1993.
3. CDC. Transmission of HIV possibly associated with exposure of mucous membrane to contaminated blood. *MMWR Morb Mortal wklly rep* 1997.
4. Pindborg JJ. Mensajes Positivos. Boletín Trimestral para las PVVIH en Cuba. La Habana: ONU-SIDA; 2006
5. OPS-OMS. La Salud Bucodental: Repercusión del VIH / SIDA en la práctica Odontológica. USA; p. 22-8. 1995.
6. Klein RS. Oral Candidiasis high -risk patients as the initial manifestation of acquired immunodeficiency syndrome. *N Engl J Med*; 311: 54. 1984.
7. Ramírez V y col. Patología Bucal en 161 pacientes VIH positivos asintomáticos y sintomáticos. *Rev. Invest Clin* 44(1) 43-51. 1992.
8. Dra. Francisca Pérez Pérez, Dr. Álvarez González, Lic Leonardo Chacón. Conociendo sobre VIH. Manual para el personal de la Salud y médicos de la familia en Cuba. La Habana: Pueblo y Educación; p. 52-4 1999.
9. Ricardo R. Sforza, Julio César Carzoglio, Ricardo Luberti, Juan Carlos Flichman. El diagnóstico en Clínica Estomatológica. Editorial Médica Panamericana; p. 78-3. 2004
10. Santana Garay JC. Infección por el VIH en el complejo bucal. La Habana: Ciencias Médicas; 44-1, 2000.
11. Lozano de Luaces. Control de las infecciones cruzadas en Odontología. Madrid: Avances Médico-Dentales; 2000.
12. Field. JM Frecuencia de lesiones orales clínicamente detectables en tejidos blandos móviles de individuos infectados por el virus del HIV en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Tesis para optar el grado de cirujano Dentista. UPCH. Fac de Estomatología 1992.
13. Salobreña, AC; Cepeda, LAG. Prevalencia de lesiones orales por Candida en una población con SIDA sometida a terapia antirretroviral altamente activa. *Rev Iberom*.1998
14. Eyenson D., Renant – Flowers M., Cooper D., et al Oral Manifestation of an HIV Positive Cohort in the era of Highly Active Anti-Retroviral Therapy (HAART) in South London. *J Oral Pathol Med* 2002.
15. Sharman G., Paikm, Ramapuram JT Doshi D., Anup N. Oral Manifestation in HIV/AIDS infected patients from India. *Oral Disease* 12, 537-542, 2006.
16. QFD Patricia Alejandra Gallegos Velasco. Determinación de carga viral en pacientes con VIH. Departamento de Inmunología, Hospital Universitario y Facultad de Medicina, U.A.N.L. 2004.

Solicitud de Sobretiros:

Mara Celeste González Estigarribia
 Instituto de Medicina Tropical
 Asunción, Paraguay
investigación_docencia@imt.edu.py