

Odontol. Sanmarquina 2007; 10(1): 39-40

ODONTOLOGÍA SANMARQUINA

ISSN: 1560-9111

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Manifestaciones estomatológicas en pacientes VIH/SIDA

Estomatologic manifestations in HIV/AIDS patients

Lorena Elvira Garibay Rodríguez¹, Luis Cisneros Zárate²

Resumen

El presente estudio se realizó en 128 pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana, en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, con la finalidad de encontrar la frecuencia de lesiones orales y la ubicación de éstas en los pacientes VIH/SIDA de acuerdo a la edad y sexo; además establecer la relación existente entre la cifra de linfocitos CD4 con las lesiones detectadas. La muestra fue tomada de manera probabilística; el método utilizado para la recolección de datos fue la observación y la información obtenida se registro en una ficha previamente diseñada. De la muestra 74 pertenecían al sexo masculino y 57 al femenino y sólo el 57,8% presentaban lesiones estomatológicas. En relación a la edad, el mayor número de pacientes se encontraba ubicado en el grupo de 26 a 35 años (43,8%). Las lesiones que se presentaron con mayor frecuencia fueron: la candidiasis pseudomembranosa (21,9%) ubicándose principalmente en lengua, paladar duro y carrillo, úlceras aftosas (14,1%) ubicándose principalmente en carrillo, lengua y labio, la candidiasis eritematosa (10,1%) principalmente en paladar blando, queilitis angular (10,1%) y la leucoplasia vellosa (7%). Existe una relación significativa entre la presencia de candidiasis pseudomembranosa y la leucoplasia oral vellosa con niveles de CD4 menores de 200 cel/mm³ ($p < 0,05$).

Abstract

The study was carried out at Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, on 128 patients infected by the human immunodefense virus. The aim of the investigation was to study the frequency, and location of oral lesions, in relation with age and sex, also to establish the relationship between CD4 cells counts with oral lesions detected. The sample were selected in a probabilistic way; the data was recorded in a special designed format. 74 subjects of the sample were male and 57 female. Oral lesions were found in 57,8% and 43,8% of the infected patients were between 26 and 35 ages. Pseudomembranous candidiasis was the most common lesion detected in 21,9% of patients (tongue, soft palate and cheeks), ulcers 14,1% (cheek, tongue and lips), erytematous candidiasis in 10,1% (soft palate), angular queilitis in 10,1% and oral hairy leukoplakia in 7%. Pseudomembranous candidiasis and oral hairy leukoplakia are clinical indicators of immunologic deterioration (CD4 200 ce/mm³).

¹ CD. Práctica privada.² Departamento Académico Médico Quirúrgico. Facultad de Odontología. UNMSM

Correspondencia:

CD. Lorena Garibay Rodríguez
Condorama 112 - Higuiereta - Surco
Teléfono: 449-2098
e-mail: legro74@yahoo.es

Palabras clave: Lesiones orales. Infección VIH. SIDA.

Key words: Oral lesions. VIH infection. AIDS.

Introducción

Los primeros reportes datan de 1978 (Canadá) y 1980 (Estados Unidos), años en que se documenta la deficiencia inmune asociada a enfermedades oportunistas como la neumonía por *Pneumocystis carinii* en un grupo de varones homosexuales. El seguimiento epidemiológico mostró la presencia de una nueva infección producida por un virus desconocido, originada en el África y que hasta ese momento había afectado a individuos con antecedentes de promiscuidad sexual, preferentemente con participación en relaciones homosexuales.

En 1983, Montagnier lo identifica, se trata de un nuevo retrovirus humano denominado virus de la inmunodeficiencia humana tipo 1 (HIV-1) no oncogénico que se ha diseminado rápidamente por todo el mundo durante los últimos años, dando lugar a una pandemia de consecuencias imprevisibles.¹

Las manifestaciones estomatológicas que se presentan en la infección por VIH-SIDA son diversas. Lifson² en 1993 nos manifiesta que la presencia de ciertas lesiones orales sugiere que un individuo puede estar infectado por el VIH y otras lesiones pueden ayudar a indicar el pronóstico para la progresión del SIDA.

Greenspan Deborah³ en 1994, menciona que las manifestaciones de la infección por VIH son comunes e incluye lesiones orales nuevas y diferentes presentaciones de enfermedades oportunistas ya conocidas. El reconocimiento requiere de una cuidadosa historia clínica y revisión de la cavidad oral; este reconocimien-

to puede cambiar la clasificación del estadio en la infección por VIH.

Schmidt-Westhausen et al.⁴ en 1997 describieron lesiones en mujeres HIV infectadas y determinaron la asociación de las lesiones orales con el nivel de inmunosupresión y la ruta de transmisión. La candidiasis se presenta más en casos de conteo bajo de CD4; mientras que no hay relación entre el nivel de inmunosupresión y la leucoplasia vellosa.

Greespan J.S.⁵ en 1997 nos describe a la candidiasis pseudomembranosa y a la leucoplasia vellosa como las lesiones más comunes en pacientes HIV y SIDA; con una correlación entre la caída de CD4 y la progresión de la enfermedad. Pacientes con lesiones como candidiasis o leucoplasia desarrollan más rápidamente la enfermedad que aquellos individuos que no las presentan; siendo las lesiones orales un indicador de la progresión de la enfermedad.

El presente trabajo tiene por objetivos encontrar la frecuencia de lesiones orales y la ubicación de éstas en pacientes VIH/SIDA de acuerdo a la edad y al sexo; además establecer la relación existente entre la cifra de linfocitos CD4 con las lesiones detectadas. El odontólogo debe conocer cada una de estas lesiones presentes en los pacientes infectados por VIH ya que muchas veces puede ser el primer profesional de la salud que detecte la enfermedad; además muchas de estas lesiones son indicadores clínicos de un deterioro en el sistema inmunológico.

Materiales y método

El trabajo se realizó en el Programa Preventivo Promocional Control ETS-VIH/SIDA del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen (HNGAI). La muestra fue tomada de manera probabilística y estuvo constituida por 128 pacientes. Se eligieron pacientes que asistieron al HNGAI y presentaron positividad para el examen Western Blot y Elisa. Estos pacientes no debieron recibir medicación antifúngica (ketoconazol, fluconazol) ni tratamiento retroviral. Finalmente estos pacientes tuvieron que haber sido sometidos a un conteo de CD4 en un período de tiempo no mayor a 2 meses próximos al examen. Al paciente se le realizó un minucioso examen clínico, el método utilizado para la recolección de datos fue la observación y la información obtenida se registro en una ficha previamente diseñada.

Resultados

El trabajo fue realizado en 128 pacientes pertenecientes al Programa Preventivo Promocional Control ETS|VIH-SIDA del HNGAI que acudieron a la consulta médica. Del total de los pacientes estudiados 74 pertenecían al sexo masculino (57,8%), mientras que 54 pertenecían al sexo femenino (42,2%). En relación a la edad, el mayor número de pacientes se encontraba ubicado en el grupo de 26 a 35 años (43,8%). El 53,1% presentaba manifestaciones orales, mientras que el 46,9% no presentaban manifestaciones estomatológicas en el momento del examen.

Cuadro 1. Distribución de las manifestaciones estomatológicas en paciente VIH/SIDA - Hospital Nacional Guillermo Almenara Irgoyen. Lima - Perú 1999

Manifestaciones Estomatológicas	f	%
Fungicas	38	29,7
C. pseudomembranosa	28	21,9
C. eritematosa	14	10,9
Queilitis angular	14	10,9
Virales	22	17,2
H. zoster	04	3,1
H. simple	07	5,5
LOV	09	7,0
Molusco	01	0,8
Papiloma	01	0,8
Bacterianas	05	4,0
GUNA	00	0,0
Eritema gingival lineal	05	4,0
Autoinmunitaria, idiopática	18	14,1
U. aftosa mayor	11	8,6
U. aftosa menor	08	6,25
Neoplasia	03	2,3
Sarcoma de kaposi	03	2,3

Cuadro 2. Distribución de las manifestaciones estomatológicas en paciente VIH/SIDA según recuento CD4/mm³ Hospital Nacional Guillermo Almenara Irgoyen. Lima - Perú 1999

Manifestación Estomatológica	0-199 cd4/mm ³ n = 28		200-499 cd4/mm ³ n = 37		500 a mas cd4/mm ³ n = 03	
	f	%	f	%	f	%
Candidiasis pseudomembranosa	16	57,0	11	39,3	01	03,6
Candidiasis eritematosa	04	28,5	10	71,4	00	00,0
Queilitis angular	08	57,1	06	42,9	00	00,0
Herpes zoster	01	25,0	02	50,0	01	25,0
Herpes simple	02	28,6	05	71,4	00	00,0
Leucoplasia oral vellosa	07	77,8	02	22,2	00	00,0
Molusco	00	00,0	01	100	00	00,0
Úlcera aftosa	05	27,8	11	61,1	02	11,1
Eritema gingival lineal	02	40,0	03	60,0	00	00,0
Sarcoma de kaposi	01	33,3	02	66,7	00	00,0
Papiloma	00	00,0	01	100	00	00,0

p<0,05 (3,84%) χ^2 candidiasis pseudomembranosa: 4,96 (significativo)
 χ^2 leucoplasia oral vellosa: 4,95 (significativo)

Discusión:

El presente trabajo trata de describir la frecuencia de lesiones estomatológicas observadas al examen clínico en 128 pacientes infectados por VIH, de los cuales el 57,8% pertenecen al sexo masculino y 42,2% al sexo femenino. Encontrándose que la razón hombre mujer fue de 1,37 a 1. Estos valores no concuerdan con los obtenidos con Field¹¹ en su trabajo realizado en octubre de 1991 y enero de 1992 en el mismo hospital; el cual encontró una razón hombre mujer de 6,5 a 1. La diferencia probablemente se deba a la evolución misma de la epidemia pero los valores obtenidos son muy similares a los obtenidos por el PROCETTS, donde señala que la razón hombre-mujer en el año 1998 fue de 3 a 1; manifestando que para el año 2000 la razón será de 1 a 1. Lo que indica que se ha producido un aumento en la transmisión heterosexual y por ende mayor incidencia de mujeres infectadas.¹²

De todas las manifestaciones estomatológicas encontradas el 29,7% de los pacientes presentan lesiones fúngicas. La candidiasis pseudomembranosa se presenta en el 21,9% de los pacientes siendo la zona más afectada la lengua, paladar blando, paladar duro y carrillo. Estos valores son muy similares a los obtenidos por Ramírez⁷ quien encontró que la candidiasis bucal representaba el 46% de las lesiones encontradas y el tipo pseudomembranoso se presentó en el 15%, Field encontró también que la zona más afectada por candidiasis pseudomembranosa fue la lengua.¹¹

El 57,1% de los pacientes con candidiasis pseudomembranosa se encuentran en el grupo de recuento de CD4 de 0 a 199cel/mm³, mientras que el 39,3% se ubicaba en el grupo de 200 a 499 cel/mm³. Aplicando la prueba de Chi cuadrado (p < 0,05%) se encontró que existía relación significativa entre la presencia de candidiasis pseudomembranosa y un nivel de CD4 por debajo de 200 cel/mm³; estos resultados coinciden con muchos autores que manifiestan que la infección micótica está estrechamente asociada con el deterioro inmunológico y es común encontrarla en pacientes con bajo conteo de CD4.^{6,13,14}

La LOV se presentó en el 7% de pacientes

estudiados, esta lesión no había sido descrita antes de la epidemia del SIDA pero también puede encontrarse en otras formas de inmunosupresión. Casi todos los pacientes con LOV pueden desarrollar hacia el SIDA en 24 meses y fallecer en un tiempo promedio de 44 meses.⁸ Suele aparecer tarde en la evolución de la enfermedad, generalmente 5 años después del contagio cuando ya existe un importante grado de inmunosupresión.^{9,15}

Al aplicar la prueba de Chi², se encontró que sí existía relación entre la LOV y un recuento de CD4 por debajo de 200 cel/mm³ (p < 0,05%) con un grado de libertad de 1. Estos datos concuerdan con los obtenidos por Ramírez⁷, Delgado¹⁰ y Field¹¹, los cuales manifestaron que esta lesión es más frecuente en estadios avanzados de la enfermedad.

Al término de la investigación se llega a las siguientes conclusiones:

1. La frecuencia de pacientes HIV-SIDA según el sexo fue de 42,2% para las mujeres y 57,8% para los varones.
2. El 43,8% de de los pacientes se encontraban entre 26 y 35 años.
3. Las manifestaciones estomatológicas más frecuentes fueron candidiasis pseudomembranosa 29,7% (lengua, paladar blando, paladar duro y carrillo), úlceras aftosas 14,1% (carrillo, lengua y labio), la candidiasis eritematosa 10,1% (paladar blando) queilitis angular 10,1% y la leucoplasia oral vellosa 7%.
4. La disminución de CD4 favorece la aparición de una variedad de lesiones orales principalmente la candidiasis pseudomembranosa y la leucoplasia oral vellosa considerándolas como indicadores de deterioro inmunológico.

Referencias bibliográficas:

1. FARRERAS V. Medicina Interna. XII Edición. Madrid España: Mosby-Doyma Libros S.A. 1997.
2. LIFSON A.R. Oral lesions and epidemiology of HIV. En Greenspan J.S., Greenspan D. editores. Oral manifestations of HIV infection: Proceedings of 2nd Internacional workshop on the oral manifestations of HIV infection. Jan 31st - Feb 3rd 1993. Carol Stream ILL: Quintessence Publishing 1995.

3. GREENSPAN D. Opportunistic Infections of the mouth. The AIDS Knowledge Base (5.2)Jan. 1994.
4. SCHMIDT - WESTHAUSEN A., GRUNEWALD T., REICHART P.A. and POHLE H.D. Oral manifestations in 70 german HIV infected women. Oral Dis. England. Suppl. 1997;1:18-27.
5. GREENSPAN J.S. Sentinels and Signposts. The epidemiology and significance of the oral manifestations of HIV disease. Oral Dis. England 1997; 3 Suppl 1:13-17.
6. BURKET. Medicina Bucal. Diagnóstico y Tratamiento. 8va ed. México: Nueva Editorial Interamericana.1986.
7. RAMÍREZ V., y col. Patología Bucal en 161 pacientes VIH positivos asintomático y sintomáticos. Rev. Invest. Clin. 1992;44(1):43-51.
8. GREENSPAN D. y GREENSPAN J.S. Oral complication of HIV infection. The medical management of AIDS. Merle A.Sande, Paul A. Volberding, Fifth edition. United States of America: WB Saunders Company. 1997.
9. MUÑOZ PEREZ M.A. Manifestaciones orales del SIDA. Monografías de Dermatología. 1996;9:110-118.
10. DELGADO A.W. Manifestaciones Orales de la infección por VIH/SIDA. De SIDA: Epidemiología, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la infección VIH/SIDA. OMS/OPS Ministerio de Salud. Asociación Vía Libre-HIVOS, Perú: Fondo Editorial 1994.
11. FIELD J.M. Frecuencia de lesiones orales clínicamente detectables en tejidos blandos móviles de individuos infectados por el virus del HIV en el Hospital Guillermo Almenara Irgoyen. Tesis para optar el grado de Cirujano Dentista. UPCH. Fac. de Estomatología. 1992.
12. Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETTS) del Ministerio de Salud. Magnitud de la Infección por VIH. Internet: www.proctts.com.pe 1999.
13. DELGADO A.W. Infección por el VIH/ SIDA en Estomatología. Odontología Peruana 1992; 6(8). 19-28.
14. CEBALLOS S.A. y DELGADO A.W. Micosis Bucales. Grupo Madrid: Aula Médica S.A. 1996.

Recibido : 23-04-2007

Aceptado para publicación: 25-05-2007