

E. Jané Salas
X. Roselló Llabrés

Manifestaciones clínicas odontoestomatológicas asociadas al SIDA

Profesores asociados de Medicina Bucal.
Facultad de Odontología.
Universidad de Barcelona

Nuestra exposición hace una breve referencia a las manifestaciones clínicas asociadas a infecciones víricas y bacterianas, evitando interferir en otras exposiciones del simposium, así como en otras manifestaciones clínicas odontoestomatológicas de difícil filiación etiopatogénica.

INFECCIONES VÍRICAS

Familia Herpesviridae

En ella podemos a su vez integrar cuatro tipos diferentes de virus, con patología específica, que permitirá a su vez conductas terapéuticas y situaciones pronósticas diferentes.

Virus de Epstein-Barr. Produce una patología altamente específica en estos pacientes y que se asocia muy frecuentemente al paciente seropositivo. La primera descripción de la entidad, que se denomina "leucoplasia vellosa", se debe a la doctora D. Greenspan de la UCSF de San Francisco, que describió unos cambios que acontecían, fundamentalmente, a nivel de los bordes laterales de la lengua, y en algunos casos en

vientre lingual y suelo de la boca, dichos cambios consistían en unas placas blancas, indoloras que no se desprendían al rascado y que mejoraban muy discretamente o nada con el tratamiento antifúngico; asimismo estas lesiones no tenían tendencia a la degeneración neoplásica y no precisaban tratamiento específico. Actualmente se la define dentro de las lesiones frecuentemente asociadas. En nuestra experiencia deben diferenciarse de las candidiasis y suelen tener un curso evolutivo clínico paralelo al estado de inmunosupresión, siendo a nuestro juicio un indicador indirecto del recuento de CD4 que poseen estos pacientes. El tratamiento que se propone es el propio anti-retroviral que se prescribe en estos pacientes, aunque en situaciones con afectación estética profusa se haya indicado en ocasiones la utilización de un queratolítico como la resina de podofilino, en aplicación tópica.

Virus del herpes simple. En los pacientes inmunodeprimidos afectados por este virus, la polaridad de la infección, clásicamente descrita, no suele cumplirse; es decir, que las infecciones intraperiorales pueden ser debidas, tanto al tipo 1, como 2 de herpesvirus. Se producen vesículas herpéticas, a veces con-

500 fluyentes, que pueden convertirse en úlceras en las mucosas oral y genital. Los episodios suelen ser mucho más frecuentes en estos pacientes, así como la duración de las lesiones, no siendo infrecuente que se prolonguen más de un mes. Tienen tendencia a la diseminación, lo que confiere una potencialidad patógena adicional. El tratamiento es la utilización de aciclovir por vía tópica y sistémica (al menos 200 mg cada 4 horas), en aquellos casos resistentes.

Virus del herpes zoster. Es una forma de infección que frecuentemente se relaciona con situaciones que cursan con una grave afectación de la inmunidad, y consiste en una reactivación del virus de la varicela, acantonado en los ganglios raquídeos sensitivos. Aparece un cuadro de erupción vesicular, con posterior formación de costras, en el recorrido del nervio sensitivo afectado; en nuestra área de actuación es más frecuente a nivel del nervio trigémino, aunque, en términos generales, es mucho más frecuente a nivel del nervio ciático. Su aparición es un signo de mal pronóstico. El tratamiento propuesto es el mismo que en el caso del herpes simple, aunque a dosis más elevadas (al menos 800 mg cada 4 horas), prestando atención adicional al tratamiento analgésico para controlar la posible neuralgia postherpética.

Citomegalovirus. Estos virus están descritos como causantes en estos pacientes de neumonitis, coriorretinitis, hepatitis e incluso ulceraciones gastrointestinales. A nivel intraoral se han asociado a la posibilidad de lesiones ulcerosas únicas, tórpidas y de larga evolución, que no mejoran con aciclovir, pero sí con ganciclovir en infusión intravenosa.

Familia Papovaviridae

Esta familia de virus, con más de 60 serotipos diferentes, es la causante de las típicas verrugas intraorales. Sin embargo, los papilomavirus pueden ser simples huéspedes celulares y tener entonces un papel primordial en la carcinogénesis, situación demostrada, tanto a nivel genital, como oral. En estos pacientes las verrugas o papilomas intraorales suelen ser

de localización a nivel de paladar o lingual, aunque en situaciones de inmunosupresión extrema pueden localizarse en cualquier otra región de la cavidad oral. La terapéutica pasa siempre por la exéresis de las lesiones; se desaconseja la utilización del bisturí frío, por riesgo a la diseminación, siendo más aconsejables la crioterapia, electrofulguración y el empleo del láser quirúrgico.

Familia Poxviridae

Esta familia vírica produce una entidad que no es específica de los pacientes inmunodeprimidos, pero el estado de inmunodepresión favorece la aparición clínica del molluscum contagiosum, en forma de lesiones cutáneas papulares elevadas, a veces crateriformes, benignas y localizadas, sobre todo en cara, brazo, piernas y región anogenital.

El tratamiento propuesto es la exéresis de las lesiones.

INFECCIONES BACTERIANAS ASOCIADAS AL SIDA

En este apartado hay que destacar no sólo la importancia de la patología periodontal, que es objeto de otra exposición, sino que, en nuestro medio y teniendo en cuenta la epidemiología propia de estos pacientes, deben incluirse en este apartado las caries dentales agresivas, tórpidas, de localización cervical, que progresan de forma inexorable a la destrucción coronaria total, provocando en estos cursos evolutivos la aparición de lesiones flemonosas agudas y crónicas que, por su situación y con la patología de base del paciente, pueden situarlo en un riesgo de morbilidad superior al paciente inmunocompetente. Asimismo, debe comentarse la posibilidad de encontrar lesiones de estirpe bacteriana específica, como los nódulos tuberculosos a nivel lingual, con desarrollo subsiguiente de una úlcera. El diagnóstico se realiza por medio de una biopsia y el tratamiento deberá adaptarse al antibiograma.

OTRAS MANIFESTACIONES ASOCIADAS

Patología de las glándulas salivales

Hiperplasia linfoide quística. Entidad rara hasta el advenimiento de la patología asociada al SIDA, cursa con un agrandamiento simétrico no sintomático de las glándulas parótidas y que se caracteriza por una invasión de folículos linfoides en el interior de la glándula, que va arrinconando las porciones secretoras, conduciendo a una xerostomía.

Xerostomía. La infiltración de las glándulas conlleva una disminución, tanto en la cantidad como en la calidad de la secreción de saliva. Ello favorece, por otra parte, la perpetuación de las candidiasis, así como, en ocasiones, la aparición de mucocelos por retención, incluso en glándulas salivales mayores, como las sublinguales (ránula).

Púrpura trombocitopénica idiopática

Es de estirpe inmunológica, probablemente de tipo periférico, por una reacción antígeno-anticuerpo, que provoca una disminución considerable, a veces extrema, del recuento de plaquetas. Es compatible con un régimen de vida normal y no suele provocar petequias ni púrpuras espontáneas. Debe tenerse en cuenta ante la posibilidad de realizar algún tipo de cirugía oral menor, pues la hemorragia no es infrecuente. El tratamiento que se propone son los corticoides sistémicos, bajo estricto control médico, y, en casos extremos, puede requerirse una esplenectomía.

Manchas melánicas

En opinión de la mayoría de autores, la aparición de pigmentaciones a nivel de la mucosa yugal, que no sean de índole racial, no son derivadas de la enfermedad en sí, sino que se asocian a los fármacos utilizados para controlar la enfermedad, sobre todo la zidovudina (AZT). No desempeñan papel pronóstico y no requieren ninguna actitud terapéutica específica.

Ulceraciones NOS "Non Otherwise Specified"

501

Incluyen todos los procesos ulcerativos que aparecen a nivel de la cavidad oral, que no cumplen con los criterios de la aftosis oral recidivante y que no poseen una etiología demostrable. En algunos casos pueden ser secundarias a lesiones tumorales, como los linfomas no-hodgkinianos, o asociadas a patologías adictivas, como la inhalación de sustancias tóxicas por vía endonasal.

Reacciones adversas a fármacos

Reacciones liquenoides. Remedan las lesiones de liquen plano oral, pero desaparecen al eliminar el fármaco que desencadenó su desarrollo.

Eritema polimorfo. De aparición súbita, adopta diversas formas, eritematosas, vesiculoampollares, etc., pudiendo plantear problemas de diagnóstico diferencial. En los tegumentos cutáneos, la lesión más característica se denomina «en diana, o escarapela».

Alteraciones neurológicas

Se describen en estos pacientes como una posibilidad poco común, en forma fundamentalmente de parálisis facial. Se han descrito casos en los que este cuadro ha sido la primera manifestación de la entidad. También se pueden encontrar cuadros neurálgicos, aunque en ocasiones son postherpéticos.

Aftosis oral recidivante

Se cree que la mayor frecuencia de este cuadro en los pacientes inmunodeprimidos sería superponible a lo que ocurre en el aumento de incidencia de la psoriasis o del eccema pseudoseborreico, que aparece en estos pacientes; es decir, por un defecto de la inmunorregulación. La aftosis de estos pacientes pueden asentar en cualquier lugar de la mucosa de la boca, incluyendo la mucosa queratinizada. Las formas clínicas que se suelen ver con mayor frecuencia son las minor, aunque proporcionalmente las formas mayor y herpetiforme abundan, por lo que en ocasiones se difi-

502 culta la ingesta de alimentos, lo que favorece una situación de emaciación, que se suma a la que padecen estos pacientes en fases avanzadas del proceso. Asimismo suelen presentar una rebeldía extraordinaria al

tratamiento, que en ocasiones obliga a instaurar corticoterapia sistémica, y a la utilización de anestésicos locales tópicos del tipo lidocaína, para mitigar el dolor provocado por estas lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chimenos E, Jané E, López J, Roselló X. *Infección producida por el VIH. Perspectiva Odontoestomatológica*. MCR Barcelona, 1995.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro Nacional de Epidemiología. Registro Nacional de SIDA: Situación en Diciembre de 1994. Vigilancia del SIDA en España. *Informe Trimestral* 1994;4: 1-22.
3. Ceballos-Salobreña A, Aguirre-Urizar JM, Bagán-Sebastián JV. Oral manifestations associated with human immunodeficiency in a Spanish population. *J Oral Pathol Med* 1996;25:523-6.
4. Jané E, Chimenos E, López J, Roselló X. Patología oral y SIDA. *Arch Odontoestomatol* 1993;9:643-51.
5. World Health Organisation. AIDS. Global data. The current global situation of the HIV/AIDS pandemic. *Wkly Epidemiol Rec* 1994;69:189-92.