

**HOSPITAL PROVINCIAL
“DR. ANTONIO LUACES IRAOLA”**

Lesiones bucales y faciales asociadas a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

HIV-related bucal and facial lesions.

Maikel Hermida Rojas (1), Daymi del Carmen Borroto Alcorta (2), Manuel de Jesús Díaz Hernández (1), Alain Chang Díaz (3), José de Jesús García Alonso (1).

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo sobre las lesiones bucales y faciales en 36 pacientes que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), residentes en la provincia Ciego de Avila, en el período de enero del año 2000 a enero del año 2002. Además, se precisaron los sitios anatómicos donde aparecieron estas manifestaciones y se identificaron los factores de riesgo estomatológicos presentes. En el grupo estudiado predominaron: el sexo masculino, las edades menores de 35 años y la vía sexual como forma de contagio con el VIH. La gingivitis crónica edematosa (61.1%), la candidiasis (41.7%), las lesiones herpéticas (38.9%) y las aftas bucales recurrentes (33.3%) fueron las enfermedades bucales más frecuentes, mientras que las adenopatías cervicales y faciales (83.3%) fueron las alteraciones extraorales de mayor incidencia. Los ganglios linfáticos (83.3%), las encías (66.7%) y los labios (33.3%) constituyeron los lugares anatómicos más afectados. Se observó que con el aumento del tiempo de diagnóstico se incrementan las patologías buco-faciales. Los principales factores de riesgo encontrados fueron la higiene bucal deficiente (80.6%) y el tabaquismo (69.4%), que unidos a la inmunodepresión progresiva facilitan la aparición de enfermedades estomatológicas causadas por agentes biológicos.

Palabras clave: SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA ADQUIRIDA, PATOLOGÍA BUCAL, INFECCIONES OPORTUNISTAS, CANDIDIASIS ORAL

- 1- Especialista de Primer Grado en Cirugía Maxilofacial. Profesor Instructor.
- 2- Máster en Medicina Natural y Tradicional. Residente de Estomatología General Integral.
- 3- Residente de Estomatología General Integral.

INTRODUCCION

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) constituye uno de los problemas de salud más graves que enfrenta la salud pública mundial. Esta es una enfermedad degenerativa del sistema inmunológico, producida por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que se transmite por vía sexual, sanguínea o de la madre al feto o al recién nacido; con el paso del tiempo favorece a que aparezcan otras patologías oportunistas y culmina con la muerte del paciente. (1,2)

El triste desenlace del SIDA ha generado preocupación y activación de todos los gobiernos, pues esta pandemia se propaga y afecta de forma alarmante a un grupo creciente de personas.(3) En Cuba, desde 1983, el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) diseñó un grupo de medidas, con el propósito de disminuir los riesgos de importación de la enfermedad y

conocer precozmente la presencia de casos de SIDA en el país. En enero de 1986, se puso en marcha un Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA, que ha obtenido buenos resultados al mantener un seguimiento y chequeo estricto de las personas que viven con el VIH.(4) De igual modo, vale señalar que en los últimos cinco años se ha producido un incremento de esta enfermedad en nuestra sociedad, pues una parte de la población no cumple con las medidas higiénicas necesarias para prevenir el contagio con el VIH, principalmente por relaciones sexuales desprotegidas.(1,5)

El SIDA tiene gran importancia para la práctica estomatológica, pues con el progreso de este síndrome los pacientes pueden desarrollar un grupo de cambios y alteraciones en el sistema estomatológico. Estas patologías bucales asociadas a la infección por el VIH han sido objeto de numerosas investigaciones, de modo que se han clasificado de acuerdo a sus agentes causales y a la frecuencia de aparición. (1,2,6, 7)

De acuerdo con los agentes causales, las lesiones estomatológicas del VIH se clasifican en:

- 1- Lesiones o infecciones micóticas.
- 2- Lesiones o infecciones virales.
- 3- Lesiones o infecciones bacterianas.
- 4- Neoplasias.
- 5- Otras lesiones orales. (1,6,8,9)

De acuerdo con su frecuencia las lesiones bucales y faciales en pacientes con SIDA se clasifican en tres grupos:

Grupo I.- Lesiones orales fuertemente asociadas a la infección por VIH:

- 1- Candidiasis oral.
- 2- Leucoplasia vellosa o pilosa.
- 3- Enfermedades periodontales.
- 4- Sarcoma de Kaposi.
- 5- Linfoma No- Hodgkiniano.

Grupo II.- Lesiones orales asociadas con menos frecuencia a la infección por VIH:

- 1- Ulceraciones atípicas recurrentes.
- 2- Enfermedades de las glándulas salivales.
- 3- Infecciones virales (otras que no sean virus de Epstein- Barr)
- 4- Púrpura trombocitopénica

Grupo III.- Lesiones orales probablemente asociadas a la infección por VIH:

- 1- Infecciones bacterianas (excluyendo gingivitis y periodontitis).
- 2- Enfermedad por arañazo de gato.
- 3- Reacciones a fármacos
- 4- Infecciones por hongos (otras que no sean candidiasis).
- 5- Exacerbación de periodontitis periapical.
- 6- Hiperpigmentación melanocítica.
- 7- Angiomatosis epiteliode.
- 8- Alteraciones neurológicas.
- 9- Procesos sépticos bucofaciales (osteomielitis, sinusitis, sialo-adenitis y celulitis)
- 10- Carcinoma de células escamosas.
- 11- Epidermofitosis. (1,6, 8,10,11)

El personal estomatológico y sus especialidades afines deben conocer el comportamiento clínico, el manejo terapéutico y la prevención de estas lesiones, pues el SIDA está en nuestra comunidad y debemos contribuir a su detección, higiene y control desde el primer nivel de atención. (1,6,12,13)

Teniendo en cuenta la importancia del SIDA en la práctica estomatológica, se realizó el siguiente estudio, con el objetivo de determinar las lesiones bucales y faciales de la infección por el VIH en nuestra población, identificar los sitios anatómicos afectados con mayor frecuencia e identificar los principales factores de riesgo estomatológicos presentes en estos pacientes.

METODO

Se realizó un estudio descriptivo sobre las lesiones bucales y faciales en 36 pacientes que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), residentes en la provincia Ciego de Avila, en el período de enero del año 2000 a enero del año 2002. Se ejecutó por un grupo de investigadores formado por tres especialistas en Cirugía Maxilofacial y dos residentes de Estomatología General Integral.

Siguiendo las orientaciones del MINSAP, a través del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA, todas las personas que viven con el VIH se captaron a través del Sistema de Atención Ambulatoria o el Sistema de Atención Sanatorial. (4)

El primer procedimiento de este estudio fue la aprobación y firma del Consentimiento Informado por parte de cada paciente interesado en participar en nuestra investigación. El método para obtener la información fue la entrevista cara a cara, que se realizó tomando como guía la Historia Clínica de Atención Estomatológica. La entrevista se hizo con la mayor privacidad posible, respetando los principios de la ética médica y utilizando un lenguaje apropiado al nivel cultural del paciente. En los casos necesarios se acudió a los documentos oficiales (historia clínica ambulatoria o historia clínica del sanatorio) para completar los datos. La entrevista constó de dos partes:

- **INTERROGATORIO:**

Recogió los datos referidos por el paciente y se tomó como guía la Historia Clínica Estomatológica.

- **EXAMEN FISICO:**

Evaluó el estado de salud bucal y facial del paciente según los objetivos. El examen físico de la boca, la cara y el cuello se hizo siguiendo la metodología del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Bucal. Se ejecutó detalladamente, con ayuda de un espejo bucal, una lámpara y una gasa para examinar la lengua. Se usó el índice de LOVE para medir la higiene bucal y en los casos que el paciente fue edente total se valoraron otros elementos bucales como la lengua y los rebordes alveolares.

Los datos fueron recogidos y determinados según la clasificación de las variables, se procesaron estadísticamente con ayuda de un programa de computación y se distribuyeron según su frecuencia. Se utilizó el tanto por ciento como medida de resumen.

RESULTADOS

En los 36 pacientes estudiados predominó el sexo masculino con un 72.2% y las edades inferiores a 35 años con un 69.4 % del total.

Predominó la vía sexual como forma de transmisión del VIH con un 94.4% y hubo 2 casos de contagio por vía sanguínea lo que representó el 5.6%.

El 41.7 % de los pacientes no sobrepasaba los 4 años de diagnóstico y a medida que incrementa el tiempo de diagnóstico todos los pacientes tienen antecedentes patológicos bucales.

La gingivitis crónica edematosa afectó al 61.1% de los pacientes, la candidiasis al 41.7%, las lesiones herpéticas al 38.9% y las aftas bucales al 33.3%. Las adenopatías fueron las lesiones faciales más frecuentes en el 83.3% del total de pacientes.

Los sitios anatómicos más afectados fueron: los ganglios (83.3%), las encías (66.7%), los labios (33.3%) y la orofaringe (30.6%). La mucosa del carrillo y la piel tuvieron la misma frecuencia.

Los ganglios cervicales superficiales y profundos fueron los más afectados, seguidos por los submandibulares.

Los factores de riesgo estomatológicos más frecuentes fueron la higiene bucal deficiente en el 80.6%, el tabaquismo en el 69.4% y el consumo de café caliente en el 58.3%.

DISCUSION

Se precisó una elevada incidencia de lesiones bucales y faciales. En la boca predominaron los procesos infecciosos, la gingivitis crónica edematosa está descrita como una de las lesiones más frecuentes en la infección por VIH, pero es evidente que hay una estrecha relación entre la mala higiene bucal de los pacientes y la alta incidencia de esta patología, sin dejar de reconocer el daño inmunológico. (14,15,16)

Por otro lado se observó que un grupo importante de pacientes tuvo antecedentes de candidiasis oral, lo que sí se asocia en gran medida con el SIDA y coincide con todos los autores revisados. (1,17) Las aftas y las lesiones herpéticas también tiene importancia en los casos VIH positivos, pues son procesos relacionados con la inmunodepresión. (18)

Los ganglios linfáticos fueron los sitios anatómicos más afectados y eso se relaciona con el progreso mismo de la infección por el VIH hacia el SIDA. Muchos autores han señalado que las linfadenopatías persistentes y generalizadas son un dato clínico importante en la evaluación clínica del SIDA. (1,2)

En la boca, las encías son el sitio más afectado y le siguen los labios. Esto ocurre por las gingivitis, las candidiasis bucales y comisurales, y las lesiones herpéticas.

Hubo muchos pacientes con mala higiene bucal, por lo que las labores educativas en estos pacientes deben incrementarse. (11) Del mismo modo se deben incrementar las acciones para disminuir los hábitos tóxicos y mejorar el estilo de vida de nuestros pacientes con VIH, lo será sin duda un paso importante en su bienestar y el mejoramiento de su calidad de vida.

ABSTRACT

A descriptive study on the buccal and facial lesions of 36 patients living with HIV was performed in Ciego de Avila province, in the time period from January 2000 to January 2002. Furthered, the anatomical areas where these manifestation developed as well as the stomatological risk factors present are determined. Men aged 35 years or younged prevailed within the groups studied as well as the sexual intercourse as the major way of contracting HIV. Chronic gingivitis

(61.1%), candidiasis (41.7%), hepatic lesions (38.9%), buccal recurrent aphthas (33,3%) were the most frequent buccal diseases whereas cervical and facial adenopathies (83.3%) were the extraoral alterations of highest incidence. Lymph nodes (83.3%) constituted the most affected anatomical areas. It was observed that Lengthening of diagnostic time makes bucco-facial pathologies increase. Major risk factors found were poor buccal hygiene (80.6%) and smoking habit (69.4%), which in conjunction with progressive immuno depression facilitate the development stomatological diseases caused by biological agents.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Santana Garay JC. Infección por el VIH en el complejo bucal. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2000: 15-20, 22-34, 53-71.
- 2- Organización Panamericana de la Salud. La salud bucodental: repercusión del VIH/SIDA en la práctica odontológica. Washington 1995: 7-8, 13-15, 22-28.
- 3- Forza RR, Cecotti EL, Goldstein SA, Venegas SL. Lesiones orales en pacientes inmunodeprimidos. Bol Acad Nac Med Buenos Aires 2000;78(1):143-65
- 4- Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA. Cuba, 1997: 1-8, 17-32.
- 5- Morán López E, Ferreiro Marín A. La candidiasis como manifestación bucal en el SIDA. Rev Cubana Estomatol 2001; 38(1): 25-32.
- 6- Ceballos Salobreña A. Manifestaciones orales asociadas a la infección por VIH. Madrid: Jarpyo Editores, 1995: 7-55.
- 7- Bosco VL, Birman Goldenberg E. Oral manifestations in children with AIDS and in controls. Pesqui Odontol Bras 2002;16(1):7-11
- 8- Solis G, Castillo M, Torres R. Manifestaciones orales en niños con VIH/SIDA hospitalizados en el Servicio de Infectología del Instituto de Salud del Niño (enero-junio 1998). Folia Dermatol Peru 2000;11(2):38-41.
- 9- Casariego ZJ, Grinberg N. Presentación inusual de linfoma no-Hodgkin de alto grado de malignidad, como úlcera aftoide, en un paciente HIV+ . Dermatol. Argent 1999 ;5(3):237-4
- 10- Martínez Saavedra A, Cashat Cruz M, Cuairán Ruidiaz V, Gaitan Cepeda LA, Frago Ríos R, Avila Figueroa C. Prevalencia de lesiones orales en pacientes pediátricos mexicanos con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Bol Méd Hosp Infant. Méx 2000;57(8):423-31
- 11- Motta A Rodríguez G, Ordoñez N. Histoplasmosis diseminada con compromiso cutáneo en pacientes con SIDA. Acta Médic Colomb 2001; 26(1)9-5
- 12- Borensztein RA. Bioseguridad. El control de la infección en la práctica estomatológica. En: Barrancos Mooney J. Operatoria dental. 3ra ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1999: 185-217.
- 13- Montiel D, Toval V. Inserción social y papel de salud – enfermedades bucales del paciente con VIH /SIDA. Acta Odontol Venez 2003; 41 (2): 18-24
- 14- Martins Neto M, Yurgel Soares L, Siquiera de Sousa F. Terapêutica da principais manifestações estomatológicas de doenças bacterianas associadas à síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA). Rev Odonto Ciênc 2000;15(31):35-42.
- 15- Montiel D, Tovar V. Relación entre valores inmunológicos, índices bucales e inserción del paciente con VIH- SIDA. Acta Odontol Venez 2004; 42 (1):27-36
- 16- Morán López E, Córdova Inum I. Enfermedades del periodonto y tejidos adyacentes en el paciente portador del SIDA. Rev Cub Estomatol 2002, 39(2): 120-30
- 17- Costa L J, Cury AE, Birman EG. Antifungal susceptibility of oral strains of Candida albicans from AIDS patients. RPG Rev Pos Grad 2000;7(2):155-158

18- Migliorati CA. Candidíase bucal em pacientes hiv soropositivos na era dos inibidores de protease. São Paulo 2002: 7-9

Tabla Nº 1 Distribución de los pacientes según edad y sexo.

Grupos de Edades (Años)	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15 a 24	9	34.6	4	40	13	36.1
25 a 34	8	30.7	4	40	12	33.3
35 a 44	6	23.1	1	10	7	19.4
45 ó más	3	11.2	1	10	4	11.1
TOTAL	26	72.2	10	27.7	36	100

Tabla Nº 2 Distribución de pacientes según el tiempo de diagnóstico y lesiones estomatológicas presentes.

Tiempo de diagnóstico	Lesiones estomatológicas (Nº)				TOTAL	
	SI	%	NO	%	Nº	%
1 mes a 3 años	10	66.7	5	33.3	15	41.7
4 a 6 años	10	100	-	-	10	27.8
7 a 9 años	5	100	-	-	5	13.9
10 años o más	6	100	-	-	6	16.7
TOTAL	31	86.1	5	13.9	36	100

Tabla Nº 3 Frecuencia de lesiones bucales y faciales

Lesiones	Nº	%
Aftas bucales	12	33.3
Candidiasis	15	41.7
Condiloma acuminado	4	11.1
Gingivitis crónica edematosa	22	61.1
Gingivitis crónica fibrosa	6	16.7
Histoplasmosis	1	2.8
Lesiones herpéticas (VH Simple)	14	38.9
Lesiones por Herpes Zóster	1	2.8
Leucoplasia vellosa	2	5.6
Leucoplasia simple	1	2.8
Neuralgia trigeminal	1	2.8
Periodontitis	5	13.8
Parálisis facial	2	5.6
Agrandamiento parotídeo	1	2.8
Tuberculosis cervico-facial	2	5.6
Ulceraciones	4	11.1
Adenopatías cervicales faciales	30	83.3

Tabla N° 4 Sitios anatómicos afectados por lesiones.

Sitio anatómico	N°	%
Labios	12	33.3
Mucosa del carrillo	10	27.8
Paladar duro	3	8.3
Paladar blando	1	2.8
Orofaringe	11	30.6
Lengua	5	13.9
Suelo de boca	2	5.6
Encías	24	66.7
Glándulas salivales	2	5.6
Piel	10	27.8
Ganglios	30	83.3

Tabla N° 5 Ganglios cervicales y faciales afectados

Ganglios linfáticos	N°	%
Occipitales	4	11.1
Retroauriculares	6	16.7
Preauriculares	8	22.2
Parotídeos	3	8.3
Submandibulares	16	44.4
Genianos	2	5.6
Submentonianos	8	22.2
Cervical superficial	18	50
Cervical profundo	20	55.6
Supraclaviculares	9	25
Otros	7	19.4

Tabla N° 6 Factores de riesgo presentes

Factor de riesgo	N°	%
Higiene bucal deficiente	29	80.6
Sarro	14	38.9
Lengua saburral	8	22.2
Tabaquismo	25	69.4
Alcoholismo	15	41.7
Consumo de café caliente	21	58.3
Farmacodependencia	5	13.9
Respiración bucal	4	11.1