"Manifestaciones estomatológicas de enfermedades oportunistas en pacientes con HIV positivo"

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es poner de manifiesto la importancia de la anamnesis y la actitud semiológica consciente por parte del odontólogo al servicio del paciente, otorgándole al mismo un diagnostico correcto y un tratamiento eficaz. Dicha actitud como profesionales de la salud, en el área estomatológica, nos permite muchas veces detectar el padecimiento de enfermedades sistémicas, aun no manifestadas por parte del paciente, al descubrir una única y primera lesión de la misma en la cavidad oral, permitiendo brindar así un adecuado servicio de salud para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

INTRODUCCION

El HIV y las enfermedades oportunistas en el área bucomaxilofacial

El conocimiento por parte de los odontólogos, cualquiera sea su especialidad, de las lesiones que presentan en la cavidad bucal los pacientes con infección HIV, es de suma importancia. Se debe observar la mucosa bucal durante el tratamiento dentario ya que a lo largo de la evolución de la enfermedad, la boca es un escenario por el que desfilan una variedad de lesiones.

Muchas veces estas lesiones son las primeras manifestaciones clínicamente detectables para llegar al diagnóstico. En otros casos la presencia de alguna de ellas puede ser indicadora de progresión de la enfermedad.

Debemos estar preparados para detectar esas señales, poder diferenciarlas y orientar su terapéutica. No olvidemos que el paciente puede ignorar que está infectado y nuestra intervención será importantísima para detener la cadena de contagio y posibles reinfecciones.

Existen muchos interrogantes respecto de la respuesta del huésped inmunosuprimido a las diferentes infecciones oportunistas, a mayor o menor prevalencia de algunas lesiones en distintas áreas geográficas y la predilección de algunas entidades por afectar determinadas zonas de la boca.

Una exhaustiva anamnesis en todos los pacientes, un interrogatorio correcto y una actitud semiológica consciente, serán fundamentales para orientar el diagnóstico.

En la medida en el que el estado inmunológico se deteriora aparecen con frecuencia en el área bucomaxilofacial infecciones oportunistas, micóticas, virósicas y bacterianas, tumores malignos y una gama de lesiones de origen incierto, así como también las provocadas por las diferentes medicaciones a las que se ven sometidos los enfermos y los portadores.

ALGUNAS INFECCIONES ASOCIADAS

*PAPILOMA VIRUS HUMANO (HPV)-VIRAL

En pacientes con HIV pueden verse verrugas, condilomas o múltiples papilomas en la mucosa bucal y piel, junto con lesiones en las manos y en el área bucal y genital. Estas lesiones son verrugas, aunque debe vigilarse que no se malignicen y se transformen en carcinomas invasores. Por lo cual estas lesiones se asocian a lesiones precancerosas.

Son formaciones papilares, sésiles o pediculadas que únicas o múltiples pueden verse en la lengua, el paladar, la encía y la mucosa de los labios y carrillos.

Los agentes etiológicos pertenecen a diferentes tipos; son virus desnudos y pequeños (45 a 55nm de diámetro) con ADN circular, bicatenario y cápsula icosaédrica.

Se transmiten por contacto directo (incluida la transmisión sexual) y autoinoculación. Las formas laríngeas de los niños se adquieren durante el pasaje por el canal de parto.

Las manifestaciones clínicas pueden verse como verrugas cutáneas o anogenitales o papilomatosis del tracto respiratorio.

En la cavidad oral toman el aspecto de:

A. Verrugas vulgares, **B.** Condilomas acuminados o **C.** Hiperplasia epitelial focal.

- **A.** HPV tipo 2-4 en mucosa oral labios y paladar.
- **B.** HPV tipo 6-11 y 45 por autoinoculación de un condiloma acuminado genital o durante el contacto orogenital, suele manifestarse en dorso de lengua, en los labios, en la mucosa bucal, en la encía y en el paladar.
- **C.** HPV tipo 13 y 32 Enfermedad benigna y poco frecuente en la cavidad oral se manifiesta generalmente en niños y se localiza en labio inferior, la mucosa bucal y la lengua.

Su diagnóstico es por medio de estudios clínicos, histológicos y PCR (la reacción en cadena de la polimerasa), hibridación de ADN (más sensibles y específicas que permiten identificar los diferentes HPV).

El tratamiento es local y consiste en la eliminación quirúrgica, la electrocoagulación o la pulverización con láser, sustancias cáusticas, antimicóticas o inmunomoduladoras según la extensión y la severidad de la lesión.

*GINGIVITIS ASOCIADA CON EL HIV-BACTERIANA

Caracterizada por la presencia de una banda eritematosa marginal de no más de 1mm. Usualmente generalizada, puede ser confinada a uno o dos dientes. Acompañando a la lesión marginal se describen áreas de eritema extendidas más allá del límite mucogingival. Puede observarse hemorragia al sondaje y en algunos casos sangrado espontáneo. Los pacientes suelen manifestar ligero dolor. La afección en general no responde al tratamiento convencional.

Las lesiones permanecen clínicamente invariables aún cuando se elimine la placa dental. El raspaje y alisado, el control de la placa, los buches de clorhexidina y la aplicación tópica de nistatina pueden ser recursos terapeúticos.

*LEUCOEDEMA

Anormalidad benigna de la mucosa bucal, parecida a la leucoplasia incipiente. Se caracteriza por la presencia de una película opalescente en la mucosa en etapas tempranas que evoluciona a una costra blanquecina grisácea con una superficie cuarteada áspera en las etapas tardías, acompañada por edema intracelular de la

capa espinosa. Proceso esporádico con curso oscilante que se observa sobre todo en personas de raza negra.

La exploración clínica diferencia leucoedema de la leucoplasia, el liquen plano, el nevus blanco esponjos, etc.

CASOS CLÍNICOS

CASO 1

*Datos Personales:

- > Paciente: C.L.
- > Residencia anterior: Bolivia.
- > Residencia Actual: Partido de Echeverría.
- **Edad:** 35 años.
- > Sexo: masculino.

*Antecedentes Sociales: Estudios Primarios.

Derivado por: Dr...

*Antecedentes familiares: s/p.

*Antecedentes personales: Hepatitis B/C-Enfermedad venéreas HIV 2008 (10/12/08)-Se encuentra bajo tratamiento médico. Medicación: azt, 3tc, efavirenz.

*Estudios Solicitados:

CD4=136.

CV=50.

*Antecedentes Odontológicos: (FOTO N°1)

- Gingivitis marginal crónica.
- Presencia de cúspides filosas y malposición dentaria.
- Lengua edematizada (por trauma oclusal).

*Enfermedad Actual (historia de la enfermedad; cuándo comenzó, como

comenzó, como evolucionó, que hizo con la lesión): Manifiesta tener dolores

fuertes en la lengua, sobre todo en los costados de la misma.

*Examen Clínico-Estomatológico/Estado Actual - Descripción de la

enfermedad: (FOTO N° 2)

A la inspección clínica presenta una única lesión con pérdida de sustancia, de

contorno único y nítido a nivel del borde lateral izquierdo lingual, su tamaño es

aproximadamente de 1cm de ancho por 1.5cm de largo. Presenta una profundidad

con fondo de color amarillo- blanquecino de aspecto liso con secreción

sanguinolenta. De bordes elevados con vertiente interna. Base infiltrada

edematosa, el paciente presenta sensibilidad, la mucosa que rodea a lesión se

encuentra edematosa y de color roja. Resultante dicha descripción por presencia

de pérdida de sustancia de evolución aguda con tendencia a la cicatrización.

Afecta al epitelio y corion. En su profundidad presencia de pseudomembrana que

es la formación laminar de tejido friable, que recubre la mucosa ulcerada y brinda

ese color amarillento- blanquecino. La lengua se encuentra aumentada de tamaño,

observándose marcas dentarias en la misma por su exacerbado tamaño.

*Diagnóstico clínico presuntivo: (FOTO N° 3)

Ulceración Lingual con presencia pseudomembrana. (lesión elemental

secundaria).

Leucoedema en borde lateral de lengua.

Gingivitis asociada al HIV.

*Diagnóstico Anatomopatológico:

Citología exfoliativa: (FOTO N° 4)

Se realiza para estudiar las células que se exfolian del tejido a evaluar y obtener

un diagnóstico precoz. La toma se realiza sobre el borde de la lesión, con la parte

6

roma de bisturí número 15 y se deposita en un portaobjeto. Se extiende suavemente y se fija con alcohol 96°.

Material remitido: frotis de borde lateral izquierdo de lengua.

Examen microscópico: Extendido coloreado con método de PAP muestra sobre el fondo hemático abundantes LPMN, piocitos y escasas células pavimentadas.

Diagnóstico orientativo: Negativo para células neoplásicas. Presencia de proceso inflamatorio agudo.

t.53000-m.41000 citólogas Dras. C-F.

Biopsia: (FOTO N° 5)

Se realiza la toma de tejido representativo para su estudio histopatológico y arribar a un diagnóstico de certeza y orientar una terapéutica multidisciplinaria.

Tipo de biopsia: Excisional con uso de bisturí. Uso de anestesia local.

Material remitido: Exámen macroscópico: entrega de 2 fragmentos irregulares, blanquecinos.

Tiempo de evolución de la lesión: un mes y medio.

Se realiza la fijación del material. (FOTO N° 6)

Hemostasia de la herida.

Se entrega indicaciones posbiopsia al paciente.

Exámen microscópico: los cortes histológicos muestran epitelio escamoso desprendido del corion, acantósico, con leve hiperplasia de la capa basal, elongación de crestas interpapilares y presencia de efecto citopático viral, se observa a demás exocitosis de linfocitos.

Obteniendo un diagnóstico de certeza: Hallazgos histológicos vinculables a condiloma viral (HPV).

t.53.m.7355.Dra. C -Patóloga Dra. M.

*Evolución/Tratamiento:

- > Desgaste selectivo de piezas dentales por trauma en lengua.
- Se realiza Biopsia y Extendido.
- > Tartrectomía y enseñanza de cepillado.
- ➤ Buches con Clorhexidine 0.12%
- > Seguimiento conjunto con el servicio de infectología.
- Control a los 7 días. (FOTO N° 7)
- Control a los 15 días. (FOTO N° 8)
- ➤ Control al mes. (FOTO N° 9)



Caso 1- FOTO N°1 Se puede observar la indentación, en borde lateral izquierdo de la lengua, de las piezas 3.5 y 3.6. Obsérvese el contacto de la pieza 4.6 con el borde lateral derecho de la lengua y la malposición dentaria.



Caso 1- FOTO N° 2 Se observa la lesión con fondo de color amarillentoblanquecino y bordes elevados.



Caso 1- FOTO N° 3 Ulceración Lingual con presencia pseudomembrana.



Caso 1- FOTO N° 4 Citología exfoliativa



Caso 1- FOTO N° 5 Biopsia



Caso 1- FOTO N° 6 Fijación del material



Caso 1- FOTO N° 7 Control a los siete (7) días.



Caso 1- FOTO N° 8 Control a los quince (15) días



Caso 1- FOTO N° 9 Control al mes.

CASO 2

*Datos Personales:

- > Paciente: C.F.
- > Residencia anterior: Caseros.
- > Residencia Actual: Laferrere.
- Lugar de nacimiento: Villa Luro.
- ➤ **Edad:** 29 años.
- > Estado civil: soltera.
- Sexo: femenino.

*Antecedentes Sociales: Estudios Primarios. Sin Actividad laboral.

Derivado por: Servicio de infectología.

*Antecedentes familiares: padre diabético, madre sana, hija sana, sin pareja.

*Antecedentes personales: Problemas cardiacos: cirugía cardiaca por ductus a los 2 años de edad, Hepatitis C (octubre 2005), Internada por neumonía (noviembre 2009), Enfermedades venéreas HIV+, Alérgica a la cefalexina, Se encuentra bajo tratamiento médico. Medicación: efavirenz, azt, 3tc, bactrin y abacavi.

*Antecedentes Relacionados: operada de HPV en cuello de útero en el año 2007.

*Antecedentes Odontológicos:

- Presenta tratamientos odontológicos anteriores (obturaciones de amalgama y exodoncias).
- Gingivitis marginal crónica.

*Enfermedad Actual (historia de la enfermedad; cuándo comenzó, como comenzó, como evolucionó, que hizo con la lesión): Manifiesta ardor bucal generalizado y dificultad para alimentarse.

*Examen Clínico-Estomatológico/Estado Actual - Descripción de la enfermedad:

A la inspección clínica presenta múltiples lesiones elevadas distribuidas en carrillo izquierdo, zona retrocomisural y retromolar y en semimucosa del labio inferior lado derecho. El contorno de la base de las lesiones varían según su ubicación: el contorno es nítido sésil circunferencial, a nivel del labio inferior, y de contorno nítido pediculado, a nivel de su localización en carrillo izquierdo. El aspecto de las lesiones es sólida. Sus formas varían según su ubicación: la forma es ovoide, a nivel del labio inferior, y de forma ovoide o conoide, a nivel del carrillo izquierdo. El tamaño de la lesión a nivel del carrillo izquierdo es 0.5cm por 0.4cm aproximadamente; y a nivel del labio inferior de 0.5cm por 0.5cm aproximadamente. De color rosa pálido blanquecino a nivel del carrillo izquierdo y de color rosa brillante a nivel del labio inferior. La superficie de las lesiones no se encuentra ulcerada, superficie lisa, sin translucidez que modifican el relieve, de contenido sólido y con proliferación, exofíticas, circunscriptas, blandas y elevadas compatibles con la lesión elemental primaria verruga: ante la queratosis. (FOTO N° 1 y N° 2)

Presencia en cara ventral de lengua de fimbrias aumentadas de tamaño. (FOTO N° 3)

Presencia de lesión en bordes de la lengua compatible con la entidad de Leucoedema. (FOTO N° 4)

*Diagnóstico clínico presuntivo:

- Verruga/queratosis (HPV) a nivel carrillo lado izquierdo retrocomisural.
- Presencia de Leucoedema en bordes laterales de la lengua.

Gingivitis asociada al HIV.

*Diagnóstico Anatomopatológico:

Se realiza la toma de tejido representativo para su estudio histopatológico a fin de arribar a un diagnóstico de certeza para orientar a una terapéutica multidisciplinaria.

Tipo de biopsia. Excisional con uso de bisturí. Uso de anestesia local. (FOTO N° 5)

Material remitido:

Examen macroscópico: elección de la zona del carrillo izquierdo, .zona retrocomisural. Pieza de tamaño: 0.5cm por 0.3cm.

Tiempo de evolución: 2 meses.

Se realiza la fijación del material. (FOTO N° 6)

Se entrega indicaciones postbiopsia al paciente.

Examen microscópico. Papilomatosis, acantosis y queratosis (capa córnea).

Obteniendo un diagnóstico de certeza: Hallazgo histológico vinculable a HPV.

*Evolución/Tratamiento:

- > Se realiza Biopsia.
- > Tartrectomía y enseñanza de cepillado dentario.
- Seguimieto en conjunto con el servicio de infectología.



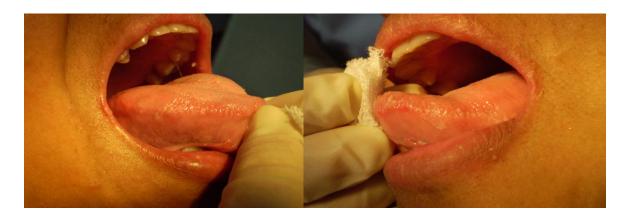
Caso 2- FOTO N° 1 Lesión en carrillo izquierdo.



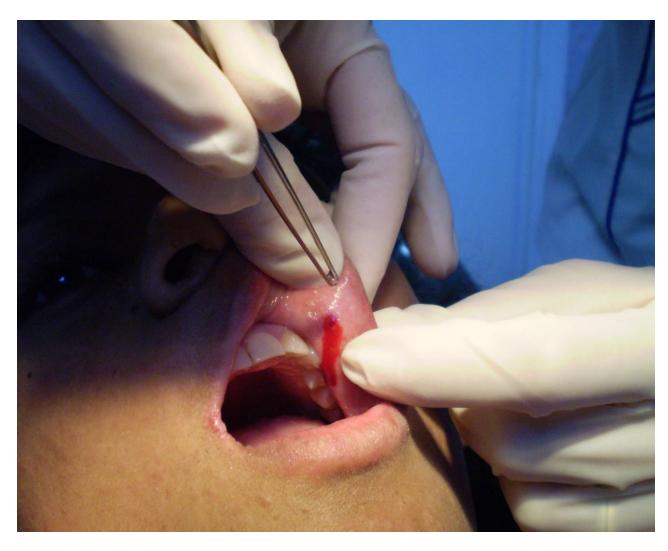
Caso 2- FOTO N° 2 Lesión en labio inferior.



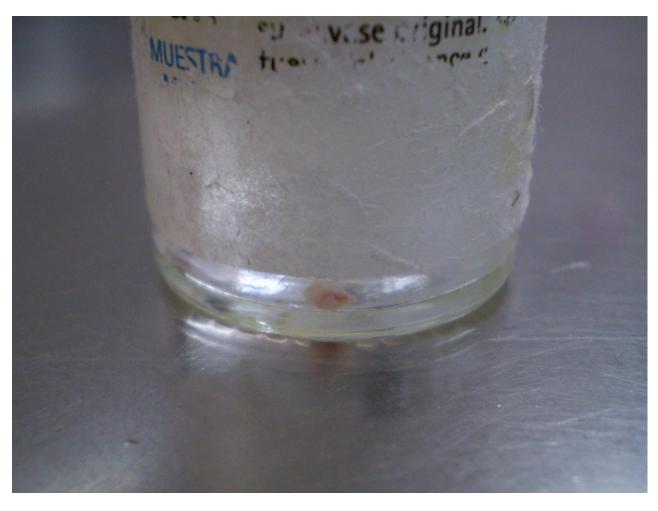
Caso 2- FOTO N° 3



Caso 2- FOTO N° 4 Lesiones en borde de la lengua.



Caso 2- FOTO N° 5 Biopsia



Caso 2- FOTO N° 6 Fijación del material para estudio.

CASO 3

*Datos Personales:

- > Paciente: S.A.
- > Residencia anterior: Campana.
- > Residencia Actual: Campana.
- ➤ **Edad:** 40 años.
- **Estado civil**: soltero.
- > Sexo: masculino.

*Antecedentes Sociales: Estudios no tiene. Actividad laboral remisero.

> **Derivado por:** Dr. D.

*Antecedentes familiares: padre fallecido. Tres hermanos sanos. Sin pareja. Sin hijos.

*Antecedentes personales: internado por neumonía (noviembre 2008). Hepatitis C. Enfermedades venéreas HIV (desde año 2000). Se encuentra bajo tratamiento médico. Medicación: 3tc-terbinafina.

*AntecedentesOdontológicos:

- -Presencia de focos sépticos inicialmente tratados al momento de la consulta por lesión estomatológica.
- -Enfermedad periodontal grave. (FOTO N° 1)

*Enfermedad Actual (historia de la enfermedad; cuándo comenzó, como comenzó, como evolucionó, que hizo con la lesión): Manifiesta tener una bolita detrás de la última muela del lado izquierdo.

*Examen Clínico-Estomatológico/Estado Actual - Descripción de la

enfermedad:

A la inspección clínica presenta una única lesión elevada localizada en carrillo

izquierdo, a nivel externo retromolar. El contorno de la base de la lesión es nítido

pediculado. El aspecto de es sólido. Su forma es pediculada. El tamaño de la

lesión es 1cm por 1.5cm de aproximadamente. De color rosa pálido blanquecino.

La superficie de la lesión no se encuentra ulcerada, de superficie lisa, sin

translucidez. Lesión exofíticas, circunscriptas, blandas y elevadas compatibles con

la lesión elemental primaria verruga: ante la queratosis. (FOTO N° 2)

Presencia en carrillo derecho trabeculado a nivel de la zona posterior.

Presencia de lesión en bordes de lengua compatible con la entidad de

Leucoedema.

*Diagnóstico clínico presuntivo:

Verruga/queratosis (HPV).

*Diagnóstico Anatomopatológico:

Se realiza la toma de tejido representativo para su estudio histopatológico a fin de

arribar a un diagnóstico de certeza para orientar a una terapéutica

multidisciplinaria.

Tipo de biopsia: Incisional con uso de bisturí. Uso de anestesia local. (FOTO N° 3)

Material remitido:

Examen macroscópico: carrillo izquierdo, zona posterior cercana a la pieza dental

3.8. .

Tiempo de evolución de la lesión: 3 meses.

Se realiza la fijación del material. (FOTO N° 4)

Se entrega indicaciones postbiopsia al paciente.

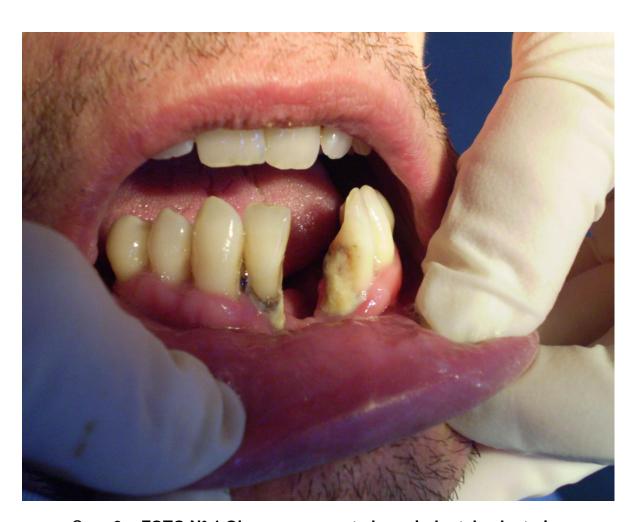
20

Examen microscópico. Papilomatosis, acantosis y queratosis (capa córnea queratinizada).

Obteniendo un diagnóstico de certeza: Hallazgo histológico vinculable a HPV.

*Evolución/Tratamiento:

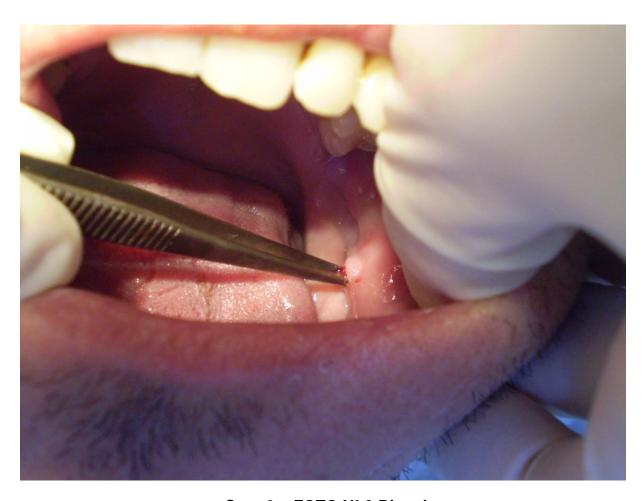
- > Tartrectomía y enseñanza de cepillado dentario.
- Exodoncias dentarias. Piezas dentales. 4.7/1.5/1.6/3.7/3.6.
- > Operatoria dental. Composites piezas dentales: 1.2/1.3.
- Se realiza Biopsia.
- > Eliminación total de la lesión.



Caso 3- FOTO N° 1 Observese es estado periodontal y dentario.



Caso 3- FOTO N° 2 Lesión elemental primaria verruga.



Caso 3- FOTO N° 3 Biopsia



Caso 3- FOTO N° 4 Fijación del material para estudio.

DISCUSIÓN

Diariamente, en el consultorio dental, cualquiera sea la especialidad que se ejerza, el odontólogo realiza semiología con sus pacientes. Es decir, en forma metódica y ordenada interpreta los signos y síntomas de cada patología consultada.

El marco en donde se produce esta relación entre paciente y profesional lo constituye el acto clínico. En el se establece la comunicación necesaria para que, a través del examen clínico, el interrogatorio guiado, la interpretación de las señales que nos envía el organismo enfermo, la utilización de los exámenes complementarios, la biopsia, la citología exfoliativa, los análisis clínicos, las radiografías, etc., el paciente encuentre lo que vino a buscar al consultorio: un diagnóstico correcto y un tratamiento eficaz.

En el área de la patología bucal clínica, la mucosa oral se ve afectada por lesiones que le son propias y otras que pertenecen a enfermedades de origen general, como en este caso el HIV y las enfermedades oportunistas adjuntas, pero muchas veces las enfermedades hacen su primera y única aparición en boca. De modo que el odontólogo desempeña un papel preponderante en el reconocimiento y diagnóstico de estos pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- Ceccotti, Eduardo L. Manifestaciones Orales del SIDA Atlas Color –
 Editorial Medica Panamericana 1995
- Giglio, Máximo J. / Nicolosi, Liliana N. Semiología en la Práctica de la
 Odontología Editorial McGraw-Hill Interamericana 2000
- Negroni, Marta Microbiología Estomatológica Fundamentos y Guía
 Practica Editorial Medica Panamericana 1999
- Ceccotti, Eduardo L. –Clinica estomatológica, SIDA, cáncer y otras afecciones – Editorial Medica Panamericana – 2000
- Cahn, Pedro y colaboradores El VIH/SIDA desde una perspectiva integral
 Colección Ciencia Joven 26 Editorial Eudeba 2007
- Eversole, R. Lewis / Sapp, Philips J. / Wysocvki, Geoge P. Patología Oral
 y Maxilofacial Contemporánea Editorial Elsevier 2005