

TOCa  
0012

**MANIFESTACIONES ORALES Y PERIODONTALES  
EN PACIENTES VIH POSITIVOS,  
Y SU TRATAMIENTO CLINICO.**

VIVIAN ISABEL NAVARRETE

CLAUDIA PATRICIA ORTEGA

MARIA PAOLA POTES

JIMENA QUIROZ SUAZA

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

FACULTAD ODONTOLOGIA

SANTIAGO DE CALI

2001



**MANIFESTACIONES ORALES Y PERIODONTALES  
EN PACIENTES VIH POSITIVOS,  
Y SU TRATAMIENTO CLINICO.**

VIVIAN ISABEL NAVARRETE  
CLAUDIA PATRICIA ORTEGA  
MARIA PAOLA POTES  
JIMENA QUIROZ SUAZA

Monografía de grado escrita y presentada al

Doctor ANTONIO ESCOBAR

ASESOR CIENTIFICO: DR. TOMAS VILLAQUIRAN

ASESOR INVESTIGATIVO: Dra. ELIZABETH SALAMANDO

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO  
COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
FACULTAD ODONTOLOGIA

SANTIAGO DE CALI

2001



TODO GRAN COMETIDO, DEBE TENER UN  
PRINCIPIO, PERO ES LA CONTINUIDAD  
HASTA EL FINAL, HASTA QUE SE HAYA  
ACABADO TOTALMENTE, DONDE ESTA  
LA VERDADERA GLORIA.

**Sir Feancis Drake**

## HOJA DE ACEPTACION

TRABAJO DE GRADO APROBADO POR EL DIRECTOR ASIGNADO POR EL COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO, EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS EXIGIDOS PARA OTORGAR EL TITULO DE ODONTOLOGO.

Dr. ANTONIO ESCOBAR \_\_\_\_\_

DIRECTOR:

Dr. TOMAS VILLAQUIRAN \_\_\_\_\_

ASESOR METODOLOGICO:

Dra. ELIZABETH SALAMANDO *Elizabeth Salamando*

FECHA: \_\_\_\_\_

## HOJA DE ACEPTACION

APROBADO POR EL COMITÉ DE TRABAJO DE GRADO EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS EXIGIDOS POR EL COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO, FACULTAD DE ODONTOLOGIA PARA OTORGAR EL TITULO DE ODONTOLOGO.

PRESIDENTE DE JURADO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Jurado

\_\_\_\_\_  
Jurado

FECHA: \_\_\_\_\_

## DEDICATORIA

Más que difícil es complejo dedicarle a una sola persona esta monografía de grado, debido a que están en cada uno de nuestros recuerdos, quienes nos han apoyado incondicional y arduamente durante toda nuestra carrera. Pretendemos entonces, dedicar a estas personas, la elaboración de la presente monografía, que es el símbolo tangible de la finalización académica de nuestra profesión.

Dedicarles, esta monografía, es a la vez asegurarse que Dios, nuestros padres, amigos, docentes, confían en nuestras capacidades investigativas, académicas y profesionales, que hoy nos hace unas grandes odontólogas.

Además queremos tener presentes en nuestra dedicatoria a todas las personas, que pudiesen obtener un beneficio, en este nuestro trabajo de grado.

## AGRADECIMIENTOS

Nuestra carrera, es la sucesión de pequeñas metas, que pudimos lograr semestre tras semestre. Fue entonces un continuo aprender, el cual fue factible gracias al Colegio Universitario Colombiano, quien junto con su compendio institucional, administrativo, academico y clinico, lograron inculcar en cada uno de nosotros, los conocimientos, los valores, las actitudes, y la adecuada forma de proceder, para conseguir graduar unos excelentes odontologos, podamos entonces aplicar algunos de nuestros conocimientos en la actual monografia de grado.

Queremos aprovechar esta oportunidad, para agradecer a todas las personas que nos han apoyado, para poder afrontar todos y cada uno de los retos, obstaculos, dificultades, triunfos, logros etc..., Y también, a todos aquellos, que no nos permitieran que el camino para lograr ser odontologos, no fuese tan facil, y nos colocaron pruebas, para así evaluarnos día a día, aprendiendo cada vez más, para lograr ser unos destacados profesionales.

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

JUSTIFICACION

PROPOSITO

DESCRIPCION DEL PROBLEMA

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GEONERAL

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

3. METODO

3.1. TIPO DE INVESTIGACION

3.2. UNIVERSO

3.3. VARIABLES

3.4. MATERIALES

3.5. RECURSOS

4. LESIONES BUCALES EN PACIENTES VIH POSITIVOS, CON ENFASIS  
EN MANIFESTACIONES PERIODONTALES Y SU TRATAMIENTO CLINICO

4.1. DEFINICION DE SIDA

5. PREVALENCIA

6. CLASIFICACION DEL VIH Y DIVISION POR ETAPAS

6.1. CLASIFICACION CDC PARA VIGILAR CASOS (1993)

7. MANIFESTACIONES BUCALES Y PERIODONTALES

DE LA INFECCION POR VIH

7.1. LEUCOPLASIA BUCAL PILOSA (OHL)

7.2. CANDIDIASIS BUCAL

7.3. SARCOMA DE KAPOSI (SK)

7.4. ANGIOMATOSIS BACILAR (EPIDERMOIDE) (BA)

7.5. HIPERPIGMENTACION BUCAL

7.6. ULCERAS ATIPICAS Y CICATRIZACION RETRASADA

7.7. ENFERMEDAD PERIODONTAL

7.7.1. ERITEMA GINGIVAL LINEAL

7.7.2. ESTOMATITIS ULCERATIVA NECROSANTE

7.7.3. PERIODONTITIS ULCERATIVA NECROSANTE

7.8. XEROSTOMIA

8. PROTOCOLO DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

8.1. ESTADO DE SALUD

8.2. MEDIDAS DE CONTROL DE INFECCION

8.3. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

8.4. TRATAMIENTO PERIODONTAL DE APOYO

8.5. FACTORES PSICOLOGICOS

9. TRATAMIENTO DE LAS LESIONES BUCALES Y PERIODONTALES
  - 9.1. LEUCOPLASIA PILOSA BUCAL
  - 9.2. CANDIDIASIS BUCAL
  - 9.3. SARCOMA DE KAPOSI (SK)
  - 9.4. ANGIOMATOSIS BACILAR (EPIDERMOIDE) (BA)
  - 9.5. ULCERACIONES BUCALES NO ESPECIFICAS Y AFTAS  
RECURRENTES
  - 9.6. ENFERMEDAD PERIODONTAL EN INDIVIDUOS CON VIH  
POSITIVO
    - 9.6.1. ERITEMA GINGIVAL LINEAL
    - 9.6.2. ESTOMATITIS ULCERATIVA NECROSANTE
    - 9.6.3. PERIODONTITIS ULCERATIVA NECROSANTE
  - 9.7. XEROSTOMIA
    - 9.6.2. GINGIVITIS ULCERATIVA NECROSANTE
    - 9.6.3. ESTOMATITIS ULCERATIVA NECROSANTE
10. EFECTOS FARMACOLOGICOS ADVERSOS
11. RECOMENDACIONES DE BIOSEGURIDAD
12. CONCLUSION
13. BIBLIOGRAFIA
14. ANEXOS

**LISTA DE ANEXOS:**

- I. CATEGORIZACION DEL PACIENTE INFECTADO POR VIH
  
- II. CASOS CLINICOS DE LESIONES BUCALES Y PERIODONTALES EN PACIENTES CON VIH Y SU MANEJO CLINICO.
  
- III. ESQUEMA DIDACTICO DE LAS LESIONES ORALES Y PERIODONTALES EN PACIENTES CON VIH Y SU RESPECTIVO TRATAMIENTO.

## INTRODUCCION

Los primeros casos de SIDA se diagnosticaron en el año de 1981, entre jóvenes homosexuales de USA. El hecho de manifestar todos ellos un patrón clínico similar, representado básicamente por enfermedades de transmisión sexual y el desconocimiento que se tenía de la entidad hizo pensar que se tratara de una nueva enfermedad, patrimonio de los homosexuales. Sin embargo a partir de 1982 se describieron padecimientos similares en personas no homosexuales especialmente en hemofílicos, haitianos, drogadictos, politransfundidos y en compañeros sexuales de pacientes enfermos por lo se le denominó el término de SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Humana) con características epidemiológicas que orientaban hacia una nueva enfermedad infecciosa, mortal y transmisible.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida es una epidemia que afecta de manera importante la práctica odontológica, sin importar la localización geográfica. La cavidad bucal es un sitio frecuente para las manifestaciones clínicas de la enfermedad, por lo tanto es importante saberla reconocer y así brindar un tratamiento adecuado a nuestros pacientes.

## 1. JUSTIFICACION

Es deber de nosotros como odontólogos estar preparados para brindar atención integral al paciente infectado con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), detectando y diagnosticando de manera oportuna las lesiones orales provocadas por dicha enfermedad y su correspondiente tratamiento para conservar así la salud bucal a lo largo de su evolución.

### PROPOSITO:

Este manual se ha realizado con el propósito de permitir al estudiante y al profesional desarrollar la capacidad de reconocer y manejar dicha enfermedad.

### DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Identificación y tratamiento de manifestaciones bucales y/o periodontales en pacientes infectados con VIH.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVO GENERAL:

Identificar las enfermedades de la mucosa oral asociadas con el VIH, como la candidiasis crónica y las ulceraciones bucales recurrentes, para darles un adecuado manejo clínico.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Realizar un buen examen clínico para identificar las diferentes clases de manifestaciones periodontales en pacientes con VIH positivo.
- Realizar un examen bucal minucioso al paciente infectado por VIH para determinar la necesidad de tratamiento dental del individuo.
- Brindar al paciente VIH positivo una adecuada restauración, mantenimiento de la salud bucal, comodidad y funcionalidad.
- Realizar un seguimiento estricto para establecer los métodos de control de la infección y manejar las adecuadas precauciones para eliminar o reducir riesgos al paciente y al profesional.

### **3. METODO**

#### **3.1. TIPO DE INVESTIGACION**

Descriptiva, didáctico practica

#### **3.2. UNIVERSO:**

Esta monografía puede ser consultada por estudiantes de odontología, odontólogos generales y específicos.

#### **3.3. VARIABLES**

La forma de acceso a la información la queremos dar a conocer de una manera ilustrativa y de fácil comprensión.

#### **3.4. MATERIALES**

Nuestra monografía se va a desarrollar en el campo de las artes gráficas, utilizando papel tipo Kimberly, con impresiones en color y con técnica láser.

#### **3.5. RECURSOS**

Para la elaboración de la monografía el costo aproximado será de \$300.000.

## **4. MANIFESTACIONES ORALES Y PERIODONTALES EN PACIENTES VIH POSITIVOS, Y SU TRATAMIENTO CLINICO**

### **4.1. DEFINICION DE SIDA:**

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se caracteriza por una profunda alteración en el sistema inmunitario. Dicho estado fue informado por primera vez en 1981, y en 1984 se identificó el patógeno viral:

Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

El VIH posee una fuerte afinidad por las células del sistema inmunitario, de modo más específico las que portan la molécula receptora CD4 de superficie celular. En consecuencia, los linfocitos T cooperadores se afectan de manera más profunda, los monocitos, los macrófagos y algunas células neurales también pueden intervenir.

En síntesis el virus VIH altera gradualmente el sistema inmunitario al interferir con los linfocitos T y otras funciones de las células inmunitarias.

Los linfocitos B no se encuentran infectados pero al alterarse la función de los linfocitos T infectados produce de forma secundaria la alteración de células B, colocando a la persona positiva de VIH en riesgo mayor de

sufrir infecciones diseminadas causadas por virus, micobacterias y hongos.

El VIH se identifica en la mayor parte de los líquidos corporales, si bien solo aparecen en cantidades altas en la sangre, el semen y el líquido cerebroespinal. La transmisión ocurre casi de manera exclusiva por el contacto sexual o la exposición a la sangre o los productos sanguíneos.

La población en alto riesgo incluye a hombres homosexuales y bisexuales, a los consumidores de drogas inyectables, los hemo9filicos u otros trastornos de la coagulación, las personas que recibieron transfusiones sanguíneas de 1985, los recién nacidos de madres infectadas con VIH (en quienes la transmisión acontece por transmisión fetal, en el momento del alumbramiento o por alimentación al seno materno), los sujetos que realizan actividad sexual sin protección con una pareja positiva al virus VIH.

## 5. EPIDEMIOLOGIA Y DEMOGRAFIA

El SIDA afecta a individuos de todas las edades pero más del 90% de los casos ocurren en adultos de 20-40 años de edad, (edad promedio 36.6).

Esta enfermedad ha estado ligada a la homosexualidad desde sus comienzos. Actualmente, el número de casos acumulados en nuestro país, a 31 de marzo de 1997, es de 45.132. La categoría de transmisión más frecuente continúa siendo la de los usuarios de drogas por vía parenteral, tanto en hombres (65%) como en mujeres (59%). El segundo lugar en hombres es el ocupado por los casos atribuidos a transmisión homosexual (14%) y la transmisión heterosexual supone el 13%.

Los datos epidemiológicos ponen de manifiesto que la infección por el VIH se debe en nuestro país, fundamentalmente, al contagio por vía parenteral a causa de las drogas.

Se estudiaron 107 varones infectados por el VIH con relaciones homosexuales, atendiendo a las lesiones orales que presentaban.

También se realizaron estudios microbiológicos para conocer la presencia de cándidas, su especie y serotipo.

Las lesiones orales halladas, en orden decreciente de frecuencia, fueron:

▪ Candidiasis	56,07%
▪ Alteraciones periodontales	54,20%
▪ Leucoplasia vellosa	39,25%
▪ Xerostomia	28,97%
▪ Lengua saburral	20,56%
▪ Lesiones herpéticas	11,21%
▪ Epapilaciones linguales	8,41%
▪ Sarcoma de Kaposi	6,54%
▪ Manchas melánicas	4,67%
▪ Aftas	2,80%
▪ Liquen plano	1,86%
▪ Lesiones vasculares y linfoma no Hodgkin	0,93%

La prevalencia de lesiones orales en la población estudiada es candidiasis en todas sus variedades y las lesiones periodontales, que se asocian a la presencia de xerostomia.

## 6. CLASIFICACION DEL VIH Y DIVISION POR ETAPAS

Los CDC (Centros estadounidenses para el control de las enfermedades) presentaron una definición para vigilar los casos de SIDA con base en la presencia de enfermedades oportunistas o padecimientos malignos secundarios a la inmunidad celular defectuosa en los sujetos positivos al virus.

Hoy en día cualquiera de 25 estados clínicos específicos identificados en los sujetos positivos al VIH pueden establecer el diagnostico de SIDA, entre ellos están:

- Candidiasis de bronquios, traquea o pulmones
- Candidiasis esofagica
- Cáncer cervicouterino invasivo
- Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar
- Criptococosis extrapulmonar
- Criptosporidiosis intestinal crónica (> 1 mes de duración)
- Enfermedad por citomegalovirus (aparte del hígado, el bazo o los ganglios linfáticos)
- Retinitis por citomegalovirus (con perdida visual)
- Encefalopatía, relacionada con el VIH

- Herpes simple: ulcera (s) crónica (s) (> a1 mes de duración) o bronquitis, neumonitis o esofagitis.
- Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar
- Isosporiasis intestinal crónica (> 1 mes de duración)
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma de Burkitt (o termino equivalente)
- Linfoma primario cerebral
- Complejo *Mycobacterium avium* o *Mycobacterium kansasii* diseminado o extrapulmonar
- *Mycobacterium tuberculosis*, cualquier sitio (pulmonar o extrapulmonar)
- *Mycobacterium*, otras especies o especies no identificadas, diseminada o extrapulmonar
- Neumonía por *Pneumocystis carinii*
- Neumonía recurrente
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Septicemia por *Salmonella*, recurrente
- Toxoplasmosis cerebral
- Síndrome de extenuación por VIH

## 6.1. CLASIFICACION CDC PARA VIGILAR CASOS (1993)

Las personas con SIDA son agrupadas del siguiente modo:

- **CATEGORIA A:** incluye a las personas que sufren síntomas agudos o enfermedades asintomáticas, junto con sujetos con linfadenopatía generalizada persistente, con malestar general o sin él, fatiga o fiebre de grado bajo.
- **CATEGORIA B:** presentan estados sintomáticos como candidiasis bucofaringea o vulvovaginal, herpes zoster, leucoplasia bucal pilosa, trombocitopenia idiopática o síntomas constitucionales como: fiebre, diarrea y perdida de peso.
- **CATEGORIA C:** pacientes con SIDA franco en forma manifiesta por estados que ponen en riesgo la vida identificados por cifras de linfocitos T4 CD4 menores de 200 por milímetro cúbico.

Esta división por etapas refleja una disfunción inmunitaria progresiva. Sin embargo, los pacientes no necesariamente han de progresar en serie por las tres fases, y se ignora cuál es el valor predictivo de dichas categorías.

## 7. MANIFESTACIONES BUCALES Y PERIODONTALES DE LA INFECCION POR VIH

Las lesiones de la boca son muy frecuentes en los infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana.

Más de 95% de los individuos con SIDA exhiben lesiones en la cabeza y cuello, y 55% de los sujetos con SIDA y el complejo relacionado con él presentan lesiones bucales. Varios informes identifican una relación firme entre la infección VIH y la candidiasis de la boca, la leucoplasia bucal pilosa, enfermedades periodontales atípicas y el sarcoma bucal de Kaposi.

Las lesiones bucales que menos firmemente se vinculan con la infección VIH incluyen la hiperpigmentación melanótica, las infecciones micobacterianas, la estomatitis melanótica ulcerativa, diversas ulceraciones de la boca e infecciones vírales (virus herpes simple, herpes zoster, condiloma acumulado). Lesiones registradas en los infectados con el VIH, pero de frecuencia indeterminada, incluyen infecciones virales menos frecuentes (citomegalovirus, molusco contagioso), estomatitis aftosa recurrente y un padecimiento angiomatoso descrito de manera reciente como angiomatosis bacilar (angiomatosis epidermoide).

### **7.1. LEUCOPLASIA BUCAL PILOSA (OHL):**

Sucede en la gente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Aparece en los márgenes laterales de la lengua, a menudo posee distribución lateral y puede extenderse hacia la región ventral. Esta lesión se caracteriza por una región queratósica asintomática, demarcada de manera precaria, que varía de tamaño desde unos milímetros hasta varios centímetros.

A menudo hay estriaciones verticales características, que imparten un aspecto corrugado, o la superficie puede encontrarse blanda y, cuando se reseca, aparece en ocasiones "vellosa". La lesión no se desprende por frotamiento y puede semejar otras lesiones queratósicas de la boca.

La leucoplasia pilosa aparece de manera casi exclusiva en los bordes laterales de la lengua. Sin embargo hay informes de que lo hace en el dorso lingual, la mucosa vestibular, el piso de la boca, la región retromolar y el paladar blando. Asimismo, la mayor parte de las lesiones revelan colonización superficial por microorganismos *Candida*, invasores secundarios que no causan la lesión.

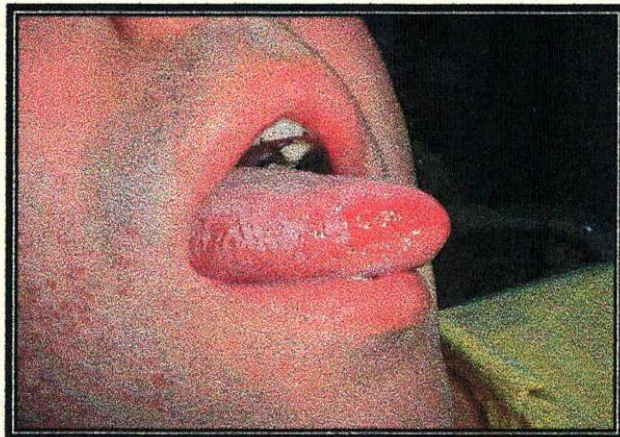
El diagnóstico diferencial de la leucoplasia pilosa debe considerar las lesiones blancas de la mucosa, que incluyen:

Displasia, carcinoma, queratosis idiopática y por fricción, liquen plano,

leucoplasia relacionada con el tabaco, lesiones psoriasiformes (por ejemplo lengua geográfica) y candidiasis hiperplásica. Sin embargo, la confirmación microscópica de la leucoplasia pilosa de la lengua en un paciente de alto riesgo es considerada como un signo precoz específico de la infección VIH y un firme indicador de que el paciente presentará el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Un análisis de supervivencia indica que 83% de los infectados con el VIH que exhiben leucoplasia pilosa presentarán SIDA al cabo de 31 meses. La cifra de personas con leucoplasia que finalmente sufrirán SIDA se aproxima al 100%.

Es preciso destacar que la gravedad de la lesión no se relaciona con la posibilidad de que surja el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. En consecuencia, las lesiones pequeñas son tan importantes en términos diagnósticos como las extensas.



## 7.2. CANDIDIASIS BUCAL

Candida, hongo encontrado en la microflora bucal normal, prolifera en ciertas circunstancias en la superficie de la mucosa de la boca. Un factor principal relacionado con el sobrecrecimiento de Candida en la resistencia disminuida del huésped, como en los pacientes debilitados o aquellos que reciben tratamiento inmunosupresor. Se sabe que la incidencia de la infección por Candida aumenta de manera progresiva en relación con la competencia inmunitaria en disminución. La mayor parte de las infecciones bucales por Candida (85 a 95%) se relacionan con Candida albicans, aunque pueden intervenir otras especies de Candida.

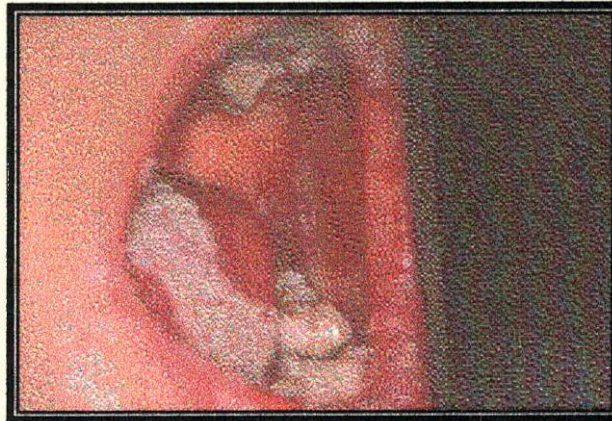
La candidiasis es la lesión bucal más frecuente en las enfermedades causadas por el VIH y se encuentra en casi 90% de los pacientes con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Por lo regular, posee una de cuatro presentaciones clínicas: seudomembranosa, eritematosa o candidiasis hiperplásica, o queilitis angular.

### ➤ LA CANDIDIASIS SEUDOMEMBRANOSA:

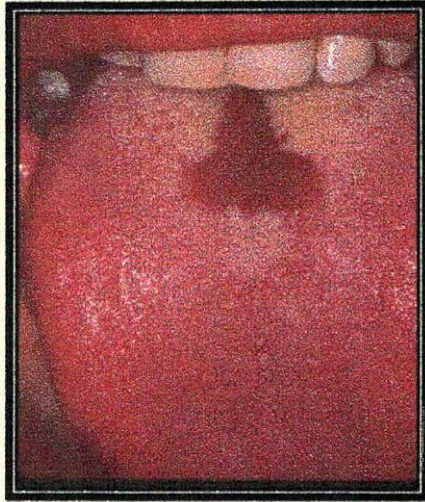
(algodoncillo, moniliasis o thrush), aparece como lesiones blancas indoloras o un poco sensibles que es posible eliminar y separar fácilmente de la superficie de la mucosa bucal por frotamiento dejando una superficie roja o sangrante. Este tipo es frecuente en el paladar blando y el duro.



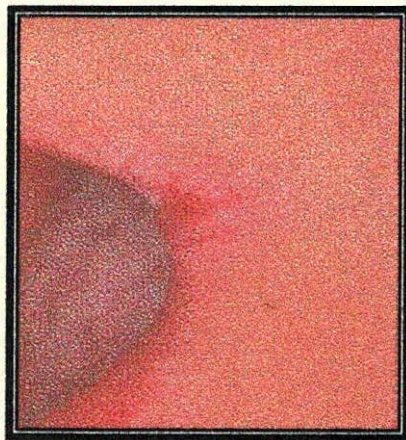
El algodoncillo es a menudo la primera manifestación de infección por HIV. En pacientes que se sabe que son seropositivos, el algodoncillo puede ser un marcador de progresión de la enfermedad. En pacientes terminales, se puede complicar por la xerostomía.



- **LA CANDIDIASIS ERITEMATOSA:** Puede surgir como componente del tipo pseudomembranoso; aparece como placas rojas sobre la mucosa vestibular o palatina, o se relaciona a veces con la despilación lingual. Tiende a ser sintomática y su principal manifestación es una sensación de ardor o quemazón, usualmente asociada con la ingestión de alimentos salados o condimentados. La lesión se parece a una quemadura causada por comer pizza y a lesiones traumáticas del paladar posterior y anterior. La Candidiasis Eritematosa es usualmente una manifestación temprana de disfunción inmunológica.



- **LA CANDIDIASIS HIPERPLASICA:** Es la forma menos frecuente y se registra en ocasiones en la mucosa vestibular y la lengua. En comparación con los demás tipos, es más resistente a la eliminación.
  
- **LA QUEILITIS ANGULAR:** Las comisuras aparecen eritematosas con formación de fisuras y costras en la superficie.



El diagnóstico de candidiasis se establece mediante un examen microscópico de una muestra de tejido o la extensión de material desprendido por frotamiento de la lesión, que muestran hifas y formas micóticas de los microorganismos. Cuando la candidiasis bucal aparece en pacientes sin causas predisponentes evidentes, el odontólogo tiene que estar alerta ante la posibilidad de la infección por el virus de la

inmunodeficiencia humana. Muchos de los sujetos en riesgo de contraer dicha infección que acuden con candidiasis bucal también presentan candidiasis esofágica, signo diagnóstico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Si bien la candidiasis registrada en los infectados con el VIH puede reaccionar al tratamiento antimicóticos, a menudo es rebelde o recurrente.

### **7.3. SARCOMA DE KAPOSI (SK):**

Es una rara neoplasia vascular multifocal. Se describió originalmente en 1872 como afección cutánea de las extremidades inferiores en ancianos de origen mediterráneo. Si bien se trata de un tumor maligno, en su forma es una lesión localizada que crece con lentitud. El sarcoma de Kaposi identificado en los infectados con el VIH exhibe rasgos clínicos diferentes. En tales sujetos es una lesión mucho más agresiva y abarca a menudo la mucosa bucal, en particular el paladar y la encía.

La apariencia de estas lesiones puede variar desde plana a elevada y de rojo a púrpura. La ubicación es en cualquier lugar de la cavidad oral. A medida que evolucionan, se tornaba a menudo en nodulares y es fácil confundirlas con otras entidades vasculares o granulomas piógenos (cuando ocurren en la encía).

Las lesiones surgen como nódulos, pápulas o máculas no elevadas que por lo regular son de color pardo, azul o púrpura; sin embargo, exhiben a veces pigmentación normal. El diagnóstico radica en los hallazgos histológicos.

Hay una correlación entre el herpesvirus del sarcoma de Kaposi (HHV8) y el sarcoma de Kaposi. El HHV8 ha sido encontrado en el semen llevando a la teoría de que el sarcoma de Kaposi puede ser transmitido sexualmente.

En términos microscópicos, el sarcoma de Kaposi consta de cuatro componentes:

1. Proliferación de células endoteliales, con formación de conductos vasculares atípicos.
2. Hemorragia extravascular con depósito de hemosiderina
3. Proliferación de células fusiformes en relación con los vasos atípicos
4. Infiltrado inflamatorio mononuclear que consta principalmente de células plasmáticas.

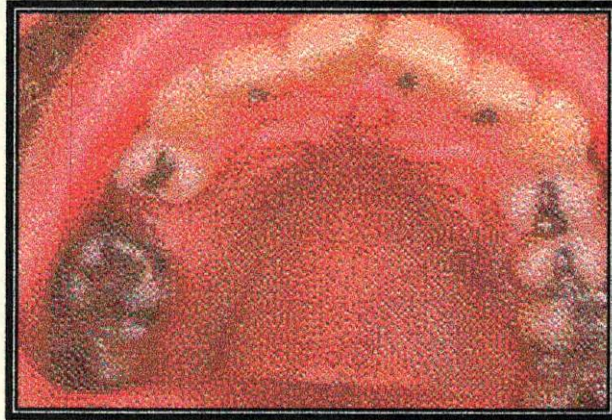
Las diferencias regionales y de género son evidentes a medida que el sarcoma de Kaposi se torna más frecuente en Estados Unidos que en Europa. Se registra sobre todo en varones homosexuales se California y Nueva York. La proporción hombres:mujeres es 20:1.

El sarcoma de Kaposi se informa también en pacientes con lupus eritematoso sometidos a tratamiento inmunosupresivo, en personas que reciben trasplantes renales y en sujetos sometidos a tratamientos con corticoides o ciclosporina. En informes de casos se describe el SK gingival en pacientes negativos al VIH que experimentan expansión gingival por la ciclosporina. En el sujeto positivo al VIH, la presencia de SK denota una transición al SIDA franco.

Más del 50% de los pacientes con SIDA y sarcoma de Kaposi exhiben lesiones en boca, y éste es a veces el primero o único sitio de la lesión. La incidencia y gravedad de las lesiones bucales y generalizadas pueden aumentar a medida que las células CD4 sufren depleción. El periodo medio de supervivencia luego de que aparece el sarcoma de Kaposi varía desde 7 hasta 31 meses.

El diagnóstico diferencial del sarcoma de Kaposi bucal incluye:

- Granuloma piógeno
- Hemangioma
- Hiperpigmentación atípica
- Sarcoidosis
- Angiomatosis bacilar
- Angiosarcoma
- Nevo pigmentado
- Enfermedad por rasguño de gato (piel).



#### **7.4. ANGIOMATOSIS BACILAR (EPIDERMOIDE) (BA):**

Es una enfermedad infecciosa vascular proliferativa con rasgos clínicos e histológicos muy similares a los del sarcoma de Kaposi.

Se estima que es producto de un germen tipo rickettsia, *Rochalimaea hensleia*. Las lesiones cutáneas son semejantes a las observadas en SK o la enfermedad por rasguño de gato.

La BA gingival se manifiesta como lesiones edematosas rojas, moradas o azules del tejido blando que pueden causar destrucción del hueso y ligamento periodontal.

La diferenciación entre BA y SK radica en la biopsia, que revela una proliferación "epiteloides" de células angiogénicas acompañadas por un infiltrado de células inflamatorias agudas. En el ejemplar de biopsia, el germen causal reacciona a veces a la tinción argéntica Warthen-Starry.

#### **7.5. HIPERPIGMENTACION BUCAL**

Hay descripciones de una mayor incidencia de hiperpigmentación de la boca en los infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana. Las zonas bucales pigmentadas aparecen a menudo como puntos o estrías en la mucosa vestibular, el paladar, la encía o la lengua. En ciertos casos la pigmentación se relaciona con el uso prolongado de medicamentos como ketoconazol y clofazimina. Curiosamente, el empleo prolongado de zidovudina se vincula con la pigmentación excesiva de la piel y uñas.

La pigmentación puede ser resultado de la insuficiencia suprarrenal motivada en un sujeto positivo al VIH por la utilización prolongada de ketoconazol o por la infección por *Pneumocystis carinii*, citomegalovirus u otras infecciones virales.

## **7.6. ULCERAS ATÍPICAS Y CICATRIZACIÓN RETRASADA**

Las personas infectadas con VIH presentan incidencia más alta de lesiones herpéticas recurrentes y estomatitis aftosa. Casi 10% de los infectados con el VIH exhiben infección por herpes, y los episodios múltiples son frecuentes.

Las aftas y las lesiones tipo afta aparecen en muchas personas que reciben seguimiento durante el curso de la enfermedad.

En los pacientes sanos las lesiones herpéticas y aftosas son autolimitadas y un tanto sencillas de diagnosticar por sus rasgos clínicos característicos (o sea, herpes en la mucosa queratinizada, aftas en las superficies no queratinizadas; como la mucosa bucal mejillas, faringe posterior y a los lados de la lengua.).

En los infectados con el VIH la presentación clínica y el curso de estas lesiones pueden encontrarse alterados. El herpes abarca a veces todas las

superficies mucosas y se extiende hacia la piel. En ocasiones no cicatriza en los 7 a 10 días anticipados sino que persiste en el transcurso de meses. Hoy en día los CDC incluyen al herpes mucocutáneo presente durante más de 1 mes como uno de los signos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Los rasgos clínicos tan característicos de las aftas se alteran rápido a medida que las lesiones persisten y aparecen como úlceras grandes, inespecíficas, dolorosas. Otros tipos de úlceras mucosas exhiben en ocasiones resultados clínicos similares. A medida que la cicatrización se retrasa estas lesiones sufren infecciones secundarias, tornándose a menudo indistinguibles de una lesión aftosa o herpética persistente. Es probable que se les describa mejor como úlceras atípicas.

Una amplia variedad de infecciones bacterianas y virales puede causar ulceraciones bucales persistentes y graves en las personas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana.

En esencia, los inmunocomprometidos encaran riesgos ante los agentes infectantes endémicos para el sitio donde radican. Las úlceras atípicas o que no cicatrizan pueden requerir biopsia, cultivos microbianos, o ambos, para determinar su etiología. Se describen ulceraciones bucales en relación con enterobacterias como *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter cloacae* y *Escherichia coli*. Tales infecciones son raras y se relacionan a menudo con afección sistémica.

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO

La antibioticoterapia específica está indicada y por lo regular se necesita coordinar estrechamente el tratamiento bucal con el médico del enfermo.

Las ulceraciones causadas por los virus simple (VHS) y varicela zoster (VVZ) pueden ser intensas y persistentes en los sujetos inmunocomprometidos. La infección por citomegalovirus (CMV) produce a veces úlceras bucales grandes, dolorosas, que no cicatrizan, en particular en los pacientes con cifras bajas de células CD4. La presencia de úlceras bucales producidas por CMV puede indicar una infección CMV sistémica.

La estomatitis aftosa recurrente (EAR) se describe en las personas infectadas con el VIH, más la incidencia global podría no superar la registrada en la población general. Sin embargo, la EAR puede presentarse como elemento de la enfermedad aguda inicial de la seroconversión VIH. La incidencia de las aftas mayores puede aumentar, y la bucofaringe, el esófago u otras regiones de la vía digestiva pueden verse afectadas.



## 7.7. ENFERMEDAD PERIODONTAL

Se enfoca mucho interés hacia la naturaleza de las enfermedades periodontales en las personas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana.

**7.7.1. GINGIVITIS VIH:** Una gingivitis eritematosa persistente, lineal y que sangra con facilidad se describe en algunos pacientes positivos al VIH. Esto puede servir o no como precursor de la periodontitis ulcerativa necrozante de avance rápido (NUP).

Las lesiones de la gingivitis lineal puede ser de naturaleza localizada o generalizada.

La gingivitis eritematosa puede:

- Limitarse al tejido marginal
- Extenderse hacia la encía insertada en un eritema punteado o difuso
- Prolongarse en dirección de la mucosa alveolar, para representar una infección secundaria por *Candida*.

La gingivitis eritematosa relacionada con el VIH a menudo no reacciona ante el tratamiento correctivo. Sin embargo, dichas lesiones pueden sufrir remisión espontánea. El estado recibió en un principio la denominación gingivitis VIH (G-VIH), poco después de su reconocimiento. Sin embargo, hoy en día se prefiere el término de eritema gingival lineal.

Ciertos informes describen mayor incidencia de gingivitis ulcerativa necrosante (GUN) entre las personas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana. Sin embargo, aún falta que otros estudios apoyen la situación.

De manera ocasional se comunica en los pacientes positivos al VIH una estomatitis ulcerativa necrosante, agudamente dolorosa y muy destructiva (NUS). Esta se caracteriza por necrosis de las zonas importantes del tejido bucal blando y el hueso subyacente. Puede ocurrir por separado o como extensión de NUP y se relaciona por lo general con la depresión grave de células inmunitarias CD.



**7.7.2. PERIODONTITIS VIH:** Una forma ulcerativa y necrosante de periodontitis que avanza rápido sucede más a menudo en los individuos positivos al VIH que entre la población general. Términos usados para describir estas lesiones fueron periodontitis relacionada con el virus del SIDA y periodontitis vinculada con el VIH. Sin embargo, se considera más conveniente el término periodontitis ulcerativa necrosante (NUP), en medida que dichas lesiones fueron descritas mucho tiempo antes de que comenzara la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

La periodontitis ulcerativa necrosante se caracteriza por necrosis del tejido blando. La destrucción periodontal rápida deriva con frecuencia en pérdida marcada del hueso interdental. Las lesiones pueden presentarse en cualquier sitio de los arcos dentales. Por lo regular se limita a ciertos dientes, aunque la NUP generalizada aparece en ocasiones luego de una marcada depleción de las células CD4. A menudo hay exposición del hueso, que motiva necrosis y secuestro subsecuente. La NUP es muy dolorosa en un principio, y su tratamiento inmediato es necesario. Sin embargo, los pacientes acuden a veces con resolución espontánea de las lesiones necrosante. Esto deja cráteres interproximales profundos, indoloros y difíciles de asear pueden derivar en periodontitis ordinaria.

Ciertos testimonios sugieren diferencias sutiles entre la microflora de las lesiones NUP y la que aparece en la periodontitis crónica. Sin embargo, la mayor parte de la información se refiere a un componente microbiano similar en ambos trastornos. Empero, la microflora descrita en relación con el eritema gingival lineal en los pacientes positivos al VIH es más típica de las bolsas periodontales que de la gingivitis ordinaria.

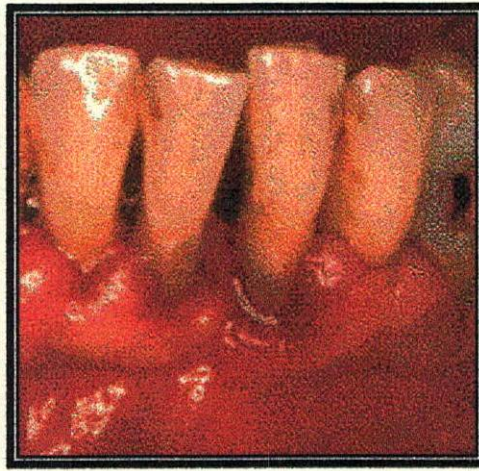
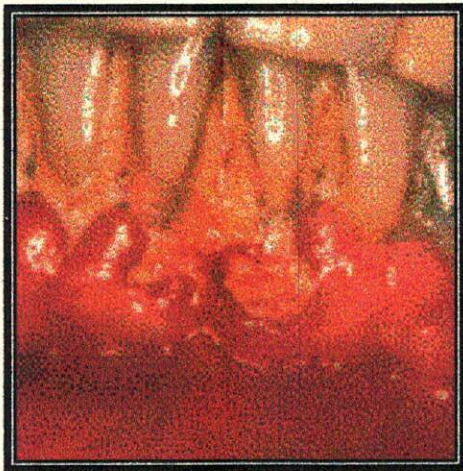
La salud periodontal de los infectados con el VIH está sujeta a amplias variaciones. Riley y cols., examinaron a 200 pacientes positivos al virus de la inmunodeficiencia humana. Encontraron que 85 contaban con salud periodontal, ninguno presentaba GUN, 59 sufrían gingivitis, 54 experimentaban periodontitis ligera, moderada o avanzada y sólo dos presentaban periodontitis ulcerativa necrosante. Con un método distinto, Rowland y cols., analizaron a 20 pacientes con GUN y encontraron que 7 eran positivos al virus de inmunodeficiencia humana. Dos de esos siete sufrían depresión de linfocitos CD4 ( $< 400/\text{mm}^3$ ). Rowland y cols., concluyeron que los odontólogos han de reconocer a la GUN como posible indicador precoz de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. En contraste, Drinkard y cols., no identificaron testimonios de GUN en 106 personas positivas al VIH; 97 se encontraban asintomáticas y 9 exhibieron síntomas de la categoría B.

Swango y cols., informaron los hallazgos tempranos reconocidos entre 230 pacientes positivos al VIH con cifras CD4 relativamente altas. No encontraron relación entre el eritema gingival lineal y los valores de las células T CD4 de dichos pacientes. Sin embargo, 6% sufrieron destrucción papilar tipo periodontitis ulcerativa necrosante. Otros comunicaron un nexo entre NUP y menos cantidad de linfocitos CD4. Glick y cols., informaron acerca de la incidencia de las enfermedades periodontales en 700 sujetos positivos al virus de la inmunodeficiencia humana. Encontraron NUP en sólo 6.3%, pero concluyeron que el padecimiento es un indicador predictivo de la inmunodeficiencia grave, ya que los pacientes con la misma enfrentaron 20.8 veces más probabilidades de presentar cifras de linfocitos CD4 menores a 200 por milímetro cúbico.

A partir de estas investigaciones, es factible concluir que todas las categorías de infectados con el VIH pueden sufrir enfermedades periodontales. Sin embargo, la susceptibilidad a las infecciones del periodonto asciende a medida que el sistema inmunitario se encuentra expuesto a riesgo mayor. La mayoría de los sujetos positivos al VIH sufren de enfermedad periodontal en un modo similar a la población general. Con atención adecuada en el hogar y conservación y tratamiento periodontal adecuado, las personas positivas al VIH pueden anticipar el contar con salud periodontal razonablemente buena durante el curso de su padecimiento.



El periodo medio entre la infección VIH inicial y el SIDA franco es casi de 10 a 11 años. Esto significa que los infectados con el VIH son candidatos potenciales a recibir procedimientos como cirugía periodontal y colocación de implantes.



### **7.8. XEROSTOMÍA (BOCA SECA)**

La boca seca es una molestia común en personas con HIV+ y debe ser manejada agresivamente para prevenir caries dentales y problemas periodontales. Esta manifestación puede deberse a problemas en las glándulas salivales o a los medicamentos usados en gente con SIDA. Se conocen varios tipos de medicamentos que causan resequead de la boca incluyendo a los antidepresivos, antihipertensivos, ansiolíticos y antihistamínicos. La candidiasis se hace más difícil de tratar sin un flujo de saliva adecuado.

## 8. PROTOCOLO DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL

Para proporcionar un tratamiento seguro y eficaz al individuo infectado, es importante hacer varias consideraciones.

- **ESTADO DE SALUD:** El estado de salud del individuo se determina por la historia, evaluación médica y consulta con su médico; las decisiones de tratamiento varían, lo que depende del estado de salud. Por ejemplo, un retraso en la cicatrización de heridas y un aumento en el riesgo de infección postoperatorias son factores complicantes posibles en los pacientes con SIDA, pero ninguna preocupación altera de manera importante el plan de tratamiento en comparación con un paciente infectado asintomático saludable, con un conteo normal o casi normal CD4.

Es importante obtener información respecto al estado inmune del paciente:

- Cuál es el nivel de linfocitos CD4 T4?
- Hace cuanto tiempo se identificó la infección VIH?
- Es posible identificar la fecha aproximada de exposición original?
- Hay historia de abuso de drogas, enfermedades de transmisión sexual, infecciones múltiples u otros factores que puedan alterar la respuesta inmune?

- El paciente tiene una historia de hepatitis B crónica, trombocitopenia, deficiencia nutricional o insuficiencia adrenocorticoide?
  - Qué medicamentos está tomando?
- **MEDIDAS DE CONTROL DE INFECCION:** El tratamiento clínico de los pacientes periodontales infectados por VIH requiere un seguimiento estricto para establecer los métodos de control de infección, con base en la guía de la Asociación Dental Norteamericana (ADA). El cumplimiento, en especial con las precauciones universales, elimina o reduce los riesgos para el paciente y el personal odontológico.

Los pacientes inmunoafectados están en riesgo probable de adquirir y transmitir infecciones en el consultorio dental.

- **OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO:** Un examen bucal minucioso determina las necesidades de tratamiento del individuo; los objetivos básicos son la restauración y el mantenimiento de la salud bucal, comodidad y función. Como mínimo, los objetivos se dirigen a controlar las enfermedades de la mucosa asociadas con el VIH, como la candidiasis crónica y las ulceraciones bucales recurrentes. Las infecciones periodontales y dentales agudas se tratan, y el paciente recibe instrucciones detalladas para realizar los procedimientos de higiene bucal eficientes. Las opciones de tratamiento son aquellas periodontales no quirúrgicas, conservadoras, para casi todos los pacientes positivos al VIH, pero se informa una realización con éxito de procedimientos periodontales quirúrgicos selectivos.

La periodontitis ulcerativa necrosante (PUN) o la estomatitis ulcerativa necrosante (EUN) son muy destructivas para las estructuras periodontales, pero una historia de estos trastornos no dicta de manera automática la extracción de dientes afectados, a menos que el paciente no sea capaz de mantener una higiene bucal efectiva en las áreas afectadas. Se toman decisiones respecto a los procedimientos periodontales selectivos con informe de consentimiento del paciente y después de una consulta con el médico, cuando es posible.

- **TRATAMIENTO PERIODONTAL DE APOYO:** Es imperativo que el paciente mantenga una higiene personal meticulosa: además, es necesario hacer visitas de mantenimiento periodontal a intervalos cortos (dos a tres meses) y tratar con energía cualquier problema periodontal progresivo. Sin embargo, el tratamiento antibiótico sistémico se administra con precaución; se requieren pruebas de laboratorio sanguíneas y otras medicas para vigilar el estado general del paciente, y una consulta cercana y coordinación con el médico del mismo.

- **FACTORES PSICOLOGICOS:** La infección VIH de las células neurales afecta la función cerebral y conduce a una demencia completa. Esto influye de manera profunda en la respuesta al tratamiento dental de los pacientes afectados: sin embargo, los factores psicológicos son varios en casi todos los pacientes infectados, incluso en ausencia de lesiones neurales. Los pacientes pueden estar muy preocupados por el mantenimiento de la confianza médica, y esta confianza se debe mantener. Enfrentarse con una enfermedad que pone en peligro la vida puede producir depresión, ansiedad y enojo en dichos pacientes, y este enojo puede dirigirse hacia el odontólogo y su personal. Es importante mostrar preocupación y comprensión en la situación del paciente. El tratamiento se proporciona en una atmósfera calmada y relajada, y que reduzca la tensión del paciente.

El odontólogo debe estar preparado para recomendar y aconsejar a los pacientes en cuanto a su estado de salud bucal; los odontólogos a menudo se encuentran con pacientes infectados por VIH que no están conscientes de su estado de enfermedad. El diagnóstico y tratamiento temprano de la infección VIH tiene un profundo efecto en la expectativa y calidad de vida del paciente, y el odontólogo debe estar preparado para ayudarlo en la prueba.

Los pacientes con lesiones bucales que sugieren infección VIH se informan de los hallazgos y, si es adecuado, se les pregunta respecto de cualquier exposición previa al VIH. Si se requiere una prueba VIH, debe estar acompañada por consejo al paciente. Por esta razón, puede ser mejor que dichas pruebas se obtengan a través de referencia médica. Sin embargo, si el odontólogo selecciona pedir la prueba de anticuerpos VIH, el paciente debe estar informado. En la mayor parte de las circunstancias, es recomendable un informe de consentimiento escrito antes de ordenar la prueba.

## **9. TRATAMIENTO DE LAS LESIONES BUCALES Y PERIODONTALES**

### **9.1. LEUCOPLASIA PILOSA BUCAL**

En el presente parece que hay poca ventaja para tratar la leucoplasia pilosa bucal (LPB) en la mayoría de los individuos, salvo que afecte el gusto o la apariencia estética. Las lesiones se eliminan con cirugía láser o convencional. La resolución se informa después del tratamiento con zidovudina o vitamina A tópica, pero el agente antiviral sistémico aciclovir produce remisión más previsible, aunque las lesiones reaparecen cuando se discontinúa el antiviral.

### **9.2. CANDIDIASIS BUCAL**

Las lesiones bucales tempranas de la candidiasis relacionada con el VIH, por lo regular responden al tratamiento antimicótico tópico por un periodo de al menos dos semanas. Medicamentos como el Mycelex y Fungizone™ Oral Suspension son algunos ejemplos de dichas preparaciones. La Nistatina necesita mantenerse en la boca durante 5 minutos por cada aplicación.

Es muy importante para las personas que usan dentaduras completas o parciales tratar las mismas cuando se tiene Candidiasis. El protocolo utilizado por el Centro de Salud Oral del Programa de Enfermedades

Infecciosas determina la limpieza minuciosa de la dentadura completa o parcial una vez por día, y dejarla durante la noche sumergida en una solución de clorhexidina en proporción 1:1. A los pacientes también se les indica que coloquen 1 ml de Fungizone™ Oral Suspension en la parte acrílica de su dentadura parcial o total, dos a cuatro veces por día antes de colocarse la prótesis.

Las lesiones más avanzadas, incluida candidiasis hiperplásica, requieren fármacos antimicótico sistémicos , los cuales son obligatorios para la candidiasis esofágica.

Con cualquier tratamiento, las lesiones tienden a recurrir después de que se discontinúa el fármaco, y se describen cepas resistentes de *Candida*, en especial con el uso de agentes sistémicos.

La mayor parte de los agentes antimicóticos tópicos contienen grandes cantidades de sacarosa, que son cariogénicos después de su uso a largo plazo. Por esta razón, algunas eminencias recomiendan el uso oral de supositorios vaginales de nistatina, ya que no contienen sacarosa. Los enjuagues bucales de clorhexidina también son de valor profiláctico contra la infección por *Candida* oral.

Los antimicóticos sistémicos como el ketoconazol o fluconazol son eficaces en el tratamiento de la candidiasis bucal y debiera administrarse al menos durante dos semanas. Sin embargo, se desarrollan cepas resistentes de *Candida* con el uso prolongado, que probablemente haga ineficaces los fármacos contra infecciones que ponen en peligro la vida en etapas tardías de la supresión inmune. Además, el uso a largo plazo de ketoconazol induce a un daño hepático en individuos con enfermedad hepática preexistente. La frecuencia de hepatitis B crónica en los individuos infectados con VIH pone en riesgo de daño hepático inducido por el ketoconazol a algunos pacientes. La absorción del fármaco también se ve afectada por una gastropatía experimentada por muchos de los individuos infectados con VIH.

➤ **FARMACOS TOPICOS:**

- Clotrimazol (Mycelex), tabletas de 10 mg: 3-5 tabletas por 7-14 días
- Nistatina (Mycostatin, Nistat)  
Suspensión oral  
100.000 U/ml: Disp 240 ml
- Enjuague con una cucharada qid  
Suspensión oral (extemporánea)  
Disp 2-4 billones U  
Mezcla 1/8 cucharada (500.000 U) en 4 onzas de agua (media taza)  
Enjuague 4 veces al día

Nota: La nistatina extemporánea está libre de sacarosa

- Tabletas (500.000 U): disolver una tableta en la boca, 4-5 veces al día
- Pastillas (200.000 U): disolver 1-2 pastillas en la boca, 4-5- veces al día.
- Ovulos vaginales (100.000 U): disolver un óvulo en la boca  
Nota: los óvulos vaginales están libres de sacarosa.
- Ungüento (para queilitis angular), tubo de 15 g: Aplicar en el área afectada 3-4 veces al día
- Ungüento de Clotrimazol, tubo de 15g: Aplicar al área afectada
- Ungüento de miconazol 2%, tubo de 15 g: Aplicar al área afectada

➤ **FARMACOS SISTEMICOS:**

- Ketoconazol (Nyzoral), tabletas de 200mg: Tomar dos tabletas de inmediato, después 1-2 tabletas diarias con los alimentos por 14 días.
- Fluconazol (Diflucan), tabletas de 100mg: Tomar dos tabletas de inmediato, después una tableta diaria por 7-14 días.

### 9.3. SARCOMA DE KAPOSI

El tratamiento de este tipo de sarcoma (SK) incluye excisión láser, radioterapia e inyección intralesional con vinblastina, interferon u otros fármacos quimioterapéuticos.

Nichols y cols., describieron el uso con éxito de inyecciones intralesión de la vinblastina a una dosis de 0.1 mg/cm con el uso de una solución de 0.2 mg/ml de sulfato de vinblastina en solución salina. En pacientes que sí responden, el tratamiento se repite a intervalos de dos semanas hasta que se eliminan o estabilicen las lesiones. Los efectos colaterales incluyen dolor postratamiento y ulceración ocasional de las lesiones, pero en general se tolera bien. La resolución total se obtuvo en el 70% de 82 lesiones SK intrabucuales en uno de seis tratamientos. Sin embargo, las lesiones recurren, esto indica el tratamiento se debe reservar para las lesiones SK bucales que se traumatizan con facilidad o que interfieren con la masticación o la deglución. En algunas ocasiones está indicado para las lesiones que crean un aspecto desagradable de los labios o la cavidad bucal en la región anterior.

Las lesiones del sarcoma de Kaposi alrededor de la línea de la encía deben de mantenerse muy limpias, ya que la suprainfección es posible cuando la placa se acumula. Es muy importante extremar el cuidado oral en el hogar.

También se informó periodontitis destructiva junto al SK gingival; en estos casos se indica raspado y alisado radicular, y otros tratamientos periodontales, además de la quimioterapia intralesional o sistémica.

#### **9.4. ANGIOMATOSIS BACILAR (EPITELOIDE)**

El tratamiento de esta alteración consiste en antibióticos de amplio espectro, como la eritromicina o doxiciclina, junto a un tratamiento periodontal conservador y quizá la excisión de la lesión.

#### **9.5. ULCERACIONES BUCALES NO ESPECÍFICAS Y AFTAS RECURRENTES**

Las infecciones vírales bucales se tratan por lo regular con aciclovir (800 mg cada seis horas por lo menos dos semanas). El mantenimiento diario subsecuente (200 mg dos a cinco veces al día por vía oral durante 10 días a 2 semanas) se requiere para evitar la recurrencia: las cepas vírales resistentes se tratan con foscarnet o ganciclovir.

El tratamiento corticoesteroide tópico (gel de fluocinonida aplicado de tres a seis veces al día) es seguro y eficaz para las úlceras aftosas recurrentes u otras lesiones de la mucosa. Sin embargo, los

corticoesteroides predisponen a los individuos inmunocomprometidos a la candidiasis; en consecuencia, se prescriben medicamentos antimicóticos profilácticos.

En ocasiones, las aftas grandes en individuos VIH positivos son resistentes al tratamiento tópico convencional; en este caso se consideran los corticoesteroides sistémicos (prednisona 40 a 60 g diarios), o el tratamiento alternativo (talidomina, levamisol u otros).

Al igual que con otras ulceraciones orales, se deberá tener cuidado en el aseo de la lesión. Los enjuagues con buches orales basados en peróxido de hidrogeno puede ser de gran ayuda.

## **9.6. ENFERMEDAD PERIODONTAL EN INDIVIDUOS CON VIH POSITIVO**

El tratamiento de los trastornos periodontales se hace después de una evaluación médica minuciosa, que incluye la determinación del estado Cd4, en consulta con el médico que lo trata.

**9.6.1. ERITEMA GINGIVAL LINEAL:** Por lo regular es refractario al tratamiento, pero las lesiones sufren remisión espontánea.

El tratamiento recomendado es el siguiente:

1. Se instruye al paciente en la realización de una higiene bucal meticulosa
2. Raspado y pulido de las áreas afectadas e irrigación subgingival con una solución de gluconato de clorhexidina al 0.12% como el Enjuague Oral PerioGard<sup>MR</sup> clorhexidina
3. Prescribir enjuague bucal con gluconato de clorhexidina
4. Reevaluar al paciente en dos a tres semanas.

Si las lesiones persisten, evaluar la candidiasis posible.

5. Volver a tratar, si es necesario.
6. Colocar al paciente en vigilancia cada dos a tres meses.

**9.6.2. GINGIVITIS ULCERATIVA NECROSANTE:** No hay consenso en si la incidencia de GUN aumenta en los pacientes positivos VIH; el tratamiento de esta alteración no difiere de los pacientes negativos al VIH. Lo básico consiste en una limpieza y desbridación de las áreas afectadas con torunda de algodón sumergida en peróxido después de la aplicación de un anestésico tópico.

Los fármacos escaróticos nunca se utilizan para cualquier paciente y están contraindicados en especial para todos los inmunocomprometidos. Se vigila al individuo diario a cada tercer día por la primera semana; en cada visita se repite la desbridación de las áreas afectadas, y se introducen de manera gradual métodos de control de placa. Es necesario enseñar un programa de control de placa meticoloso y empezar lo más pronto que el área de sensibilidad lo permita.

El paciente debe evitar el tabaco, alcohol y los condimentos; se prescribe un enjuague bucal antimicrobiano, como el gluconato de clorhexidina al 0.12%.

Se prescriben antibióticos sistémicos como el metronidazol 250 mg 3 - 4 veces por día, durante 7 - 10 días o 500 mg 3 veces por día durante un período de 7- 10 días o la amoxicilina para pacientes con una destrucción tisular moderada a grave, linfadenopatía localizada, o ambas, o síntomas sistémicos.

El uso de medicamentos antimicóticos profilácticos se considera si se prescriben antibióticos.

El manejo del dolor es muy importante y se deberán considerar suplementos nutricionales, así como el tratamiento de cualquier otra manifestación oral dolorosa que interfiera con la alimentación.



La boca se reevalúa un mes después de la resolución de los síntomas agudos, para evaluar los resultados del tratamiento y determinar la necesidad de un tratamiento adicional.

**9.6.3. ESTOMATITIS ULCERATIVA NECROSANTE:** Una EUN con destrucción grave, dolorosa y aguda en ocasiones se informa en los pacientes positivos al VIH; está caracterizada por necrosis de áreas importantes de tejido blando bucal y hueso subyacente. Se presenta de manera separada o como una extensión de la PUN y con frecuencia está asociada con la depresión grave de las células inmunes.

El tratamiento incluye prescripción de antibióticos como el metronidazol y el uso de un enjuague bucal antimicrobiano como el gluconato de clorhexidina. Si hay necrosis ósea, es necesario eliminar el hueso afectado para fomentar la cicatrización.

**9.6.4. PERIODONTITIS ULCERATIVA NECROSANTE:** El tratamiento para la PUN incluye desbridación local, raspado y alisado radicular, irrigación en el consultorio con un agente antimicrobiano eficaz como la clorhexidina o la yodopovidona (Betadine), y establecer una higiene bucal meticulosa, que incluye el uso casero de enjuagues antimicrobianos o irrigación.

Este método terapéutico se basa en los informes que involucran sólo un número pequeño de pacientes. En la PUN es necesario el tratamiento antibiótico pero se utiliza con precaución en pacientes infectados con VIH

para evitar una candidiasis oportunista y probablemente grave y localizada, o incluso una septicemia por *Candida*. Si es necesario el antibiótico, el fármaco de elección es el metronidazol (250 mg, dos tabletas tomadas inmediatamente y una qid por cinco a siete días). La prescripción profiláctica de agentes antimicóticos tópicos o sistémicos es prudente si se utiliza el antibiótico.

## 9.7. XEROSTOMIA

El confort y protección del paciente son temas importantes que deben ser tenidos en cuenta por el equipo de cuidado de la salud. Los pacientes pueden masticar chicles sin azúcar y/o chupar caramelos sin azúcar para estimular la producción de saliva. El Optimoist Oral Moisturizer<sup>MR</sup> es un humectante de boca con agradable sabor que puede proveer alivio a las personas que padecen de boca seca. Se deberán recetar a los pacientes fluoridos para prevenir lesiones dentales que pueden ocurrir como resultado de un decremento del flujo salival. El Prevident 5000 Plus es una crema dental con un 1.1% de fluoruro de sodio neutral que puede ser usada el lugar de los dentífricos tradicionales

## 10. EFECTOS FARMACOLOGICOS ADVERSOS

Se informan diversos efectos negativos provocados por los medicamentos en los pacientes positivos al virus de la inmunodeficiencia humana. El odontólogo puede ser el primero en reconocer una reacción farmacológica bucal. Forcasnet, interferón y 2 - 3 dideoxicitidina (DDC) producen ocasionalmente ulceraciones bucales. Se informa la producción de eritema multiforme con el uso de didanosina (DDI). La zidovudina y el ganciclovir pueden causar leucopenia y caries, dando como resultado úlceras bucales. Se describe xerostomía y sensación gustativa alterada en combinación con dietilditiocarbamato (Dithiocarb). Se estima que los pacientes positivos al VIH son a menudo más propensos a la mucositis causada por medicamentos y las reacciones liquenoides a los fármacos que la población general. En ciertos casos, las úlceras bucales y la mucositis se resuelven si el tratamiento farmacológico prosigue más de 2 a 3 semanas. Sin embargo, cuando los efectos farmacológicos son intensos o persistentes, es necesario emplear un régimen alterno con medicamentos distintos.

## **11. RECOMENDACIONES DE BIOSEGURIDAD EN PACIENTES INFECTADOS POR VIH**

Las prácticas odontológicas ponen al operador en contacto directo con sangre o con fluido gingival del paciente. En consecuencia se deben tener en cuenta los siguientes procedimientos de bioseguridad:

1. Insistir en el uso de guantes y, en los casos en que puedan producirse salpicaduras o aerosolización de material, también de barbijos y protección ocular. Par reducir la posibilidad de goteos o de salpicaduras se recomienda la utilización de dique de goma y evacuación de alta velocidad, así como una adecuada posición del paciente.
2. Para el lavado de turbinas, micro motores y de las jeringas para aire y agua y de las piezas de mano, deben tenerse en cuenta las recomendaciones para cada dispositivo.
3. Las piezas de mano deben ser desinfectadas o esterilizadas entre paciente y paciente. La desinfección se hará con agua oxigenada al 6% durante 30 minutos o con glutaraldehído al 2% en igual lapso.

4. Todo material o instrumental que haya sido utilizado en la boca del paciente debe ser cuidadosamente desinfectado antes del lavado, para eliminar todo resto de sangre o saliva. Todas las impresiones o aparatos intraorales o prótesis deben ser cuidadosamente desinfectados antes de ser manipulados en el laboratorio o colocados en la boca del paciente. Es recomendable pedir precisiones a los fabricantes para poder elegir el tipo de desinfectante más apropiado para las características del material utilizado.
  
5. El equipo dental y las superficies difíciles de desinfectar que tienen que entrar en contacto directo con la boca del paciente, deben ser envueltos en papel impermeable o plástico. Estas cubiertas deben ser descartadas y reemplazadas por otras nuevas entre paciente y paciente.
  
6. El lavado de manos luego del contacto con cada paciente, se haya usado o no guantes, es una medida de uso universal para prevenir cualquier tipo de transmisión de infecciones y debe ser mantenido también para el caso de la infección por el VIH.

## 12. CONCLUSION

Con la realización de esta monografía pudimos concluir que para proporcionar un tratamiento seguro y eficaz al paciente infectado, es importante realizar una buena historia clínica, evaluación médica, valoración clínica e interconsulta con su médico particular. Ya que si contamos con los conocimientos teóricos recopilados anteriormente podremos cumplir los objetivos propuestos; determinando el tratamiento indicado para controlar la salud oral del paciente.

### 13. BIBLIOGRAFIA

- CARRANZA - NEWMAN. PERIODONCIA CLINICA. Octava Edición. Mc Graw-Hill Interamericana. 1998. Pags. 221-230, 570-577.
- LESIONES ORALES. Guía ilustrada para el diagnostico y tratamiento. Segunda edición. Colgate Hoyt Laboratories.
- SIDA EN PEDIATRIA. Grupo de infectología pediátrica. Hospital Universitario del Valle "Evaristo García".
- Harrison. PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA. Onceava edición. Mc Graw-Hill Interamericana. Pags. 1700 - 1706.
- Croser D, Erridge P, Robinson P. *HIV and Dentistry: A guide to dental treatment for patients with HIV and AIDS*. BDA Occasional Paper. 1994; 4.F7
- Vigilancia del SIDA en España. Informe trimestral nº1, 1997. Situación a 31 de Marzo de 2000. Centro Nacional de Epidemiología, Registro Nacional de SIDA, Ministerio de Sanidad y Consumo

- Argelagués E, Muga R, Juncà J, Tor J, Bou D, Armengol P, *et al.* El VIH en homosexuales en Barcelona: epidemiología y prevalencia. *Med Clin (Barc.)*, 1999; 88: 535-7.
  
- Ceballos Salobreña A, Ceballos García L. "Influencia de los inhibidores de proteasa del VIH asociados a otros anti-retrovirales en la aparición de lesiones orales asociadas al Sida. Evolución de las mismas". *Archivos de Odontoestomatología*. Vol. 14 n 5. Mayo 1998. (Granada)
  
- Dra Noemí Bordoni, Dr. Aldo Squassi. "Prevención y tratamiento de caries dental" *Protocolos clínicos. Revista de AAO (Asociación Argentina Odontológica)*
  
- **BUSCADORES EN LA WEB:**
  - LYCOS:
    - www. Odontologia. Bioseguridad. Htm
    - www. Organización latinoamericana de odontologia .org
    - www. Prevenir. Com. Zona de odontologos - El SIDA - VIH en cavidad oral.htm
  - GOOGLIS:
    - www. VIH.dent.org. Identificación y manejo de las manifestaciones orales más comunes en pacientes con SIDA.
    - www. Etapas de la enfermedad periodontal en SIDA.htm

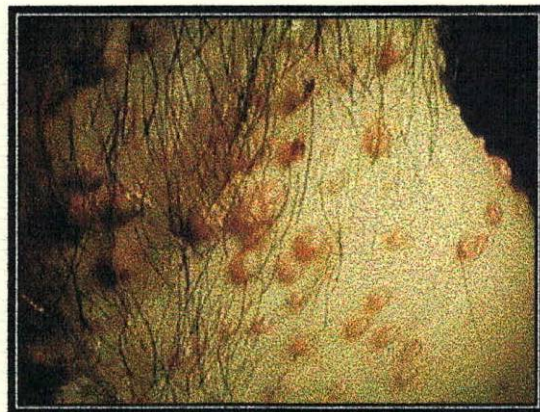
# 14. ANEXOS

## I. CATEGORIZACIÓN DEL PACIENTE INFECTADO CON EL VIH

INDICADOR	BAJO RIESGO	MEDIANO RIESGO	ALTO RIESGO
Probabilidad Infecciones Cruzadas	Mínimas	Pocas	Altos niveles de St. Mutans en la familia.
Experiencia de caries	Mínimo	Poco	Frecuente
Flujo salival	Normal	Normal	A veces escaso
Recuento de St. Mutans	Menos de 250000 ufc	Entre 250000 y 500000 ufc	Más de 500000 ufc
Riesgo médico	Ausente	Presente	Presente
Medicación	No aparente	No aparente	Asociado con xerostomía
Patrón de atención clínica	Control regular	Infrecuente	Infrecuente
Higiene bucal	Buena	Promedio	Pobre
Sitios de retención	Pocos	Moderados	Numerosos

## II. CASOS CLINICOS DE MANIFESTACIONES ORALES Y PERIODONTALES EN PACIENTES VIH POSITIVO

- **CASO 1:** Hombre de 22 años, tumoración en paladar duro con tumoración recubierta por exudado blanquecino, área rojiza en zona línea media, y tumoración en zona de tuberosidad.



Diagnóstico:

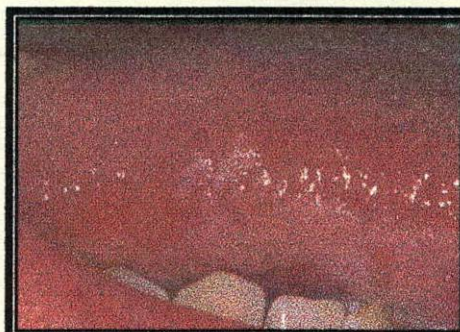
**Sarcoma de Kaposi, paladar duro con candidiasis**

- **CASO 2:** Hombre de 29 años que presentaba historia de úlceras orales recurrentes. Acude con mucho dolor por el cuadro descrito, también con lesiones en bordes de lengua.

Úlcera en fondo de vestíbulo superior, con halo rojizo, muy dolorosa.

Simultáneamente con la úlcera el paciente también presentaba esta otra lesión socavada en pilar anterior amigdaliano, muy dolorosa con dificultad para ingerir alimentos. Ambas úlceras estaban presentes por dos semanas.

Manchas blancas en bordes de lengua. No producían ninguna sintomatología. El paciente no se había percatado de dichas lesiones.



### **Diagnósticos:**

Fondo vestíbulo: afta menor, Pilar amigdaliano: afta mayor

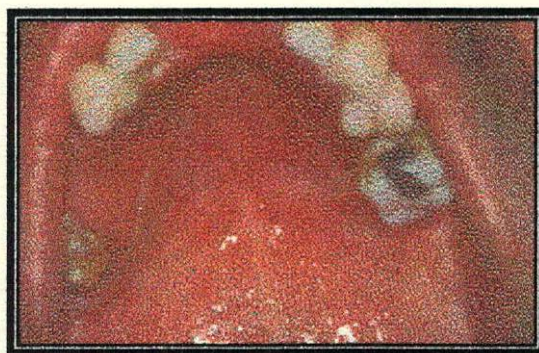
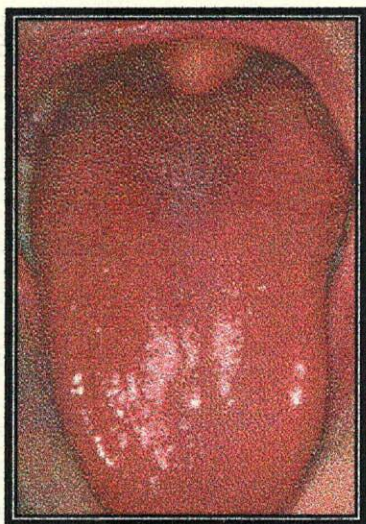
Bordes de lengua: leucoplasia pilosa.

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO

➤ **CASO 3:** Hombre de 42 años, VIH+. Acude por enrojecimiento en paladar duro y dorso de lengua con zonas blanquecinas.

Area blanquecina en dorso lingual por delante de la V lingual, y prácticamente todo el dorso se observa de aspecto liso, brillante, depapilado.

Paladar duro y blando con enrojecimiento. El paciente era portado de prótesis acrílica.



**Diagnóstico:**

Paladar: Candidiasis eritematosa.

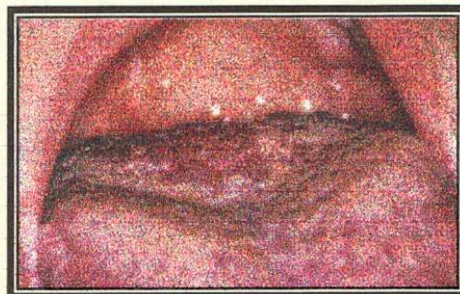
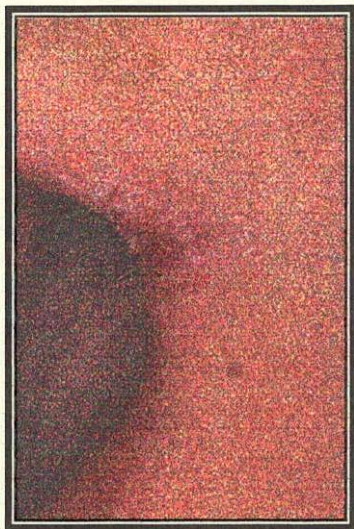
Dorso de lengua: candidiasis eritematosa y pseudomembranosa.

- **CASO 4:** Hombre travesti de 30 años, VIH+. Fue examinado en control de individuos con VIH y se observó:

Comisura labial con grietas rojizas

Dorso de lengua en que se observa área depapilada levemente solevantada.

Area blanquecina hacia el borde de la lengua en el extremo inferior derecho de la imagen. Cara interna de mejilla con lesiones blanquecinas.



### Diagnóstico:

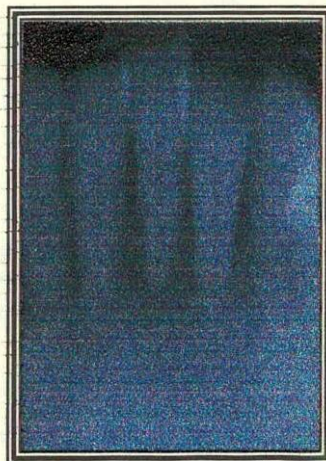
Comisura: queilitis angular.

Dorso de lengua: candidiasis eritematosa.

Cara interna mejilla: candidiasis pseudomembranosa.

- **CASO 5:** Mujer de 28 años infectada por VIH. Al examen clínico se observa recesión del margen gingival, inflamación gingival, sangrado espontáneo y movilidad grado 3.

Al examen radiográfico se observa una reabsorción ósea severa.



**Diagnóstico:**

**Periodontitis Ulcerativa Necrosante**